

LA SALUTE DI GENERE IN TOSCANA

Documenti dell'Agenzia Regionale
di Sanità della Toscana

Cos'è la medicina di genere



Profilo generale



Stili di vita



Problemi di salute



Salute e sociale



Ricorso ai servizi sanitari



Violenza, tratta,
maltrattamenti e abuso



Formazione
in medicina di genere

74

Novembre
2013

La salute di genere in Toscana

Cos'è la medicina di genere

Profilo generale

Stili di vita

Problemi di salute

Salute e sociale

Ricorso ai servizi sanitari

**Violenza, tratta,
maltrattamenti e abuso**

**Formazione
alla medicina di genere**

Collana dei Documenti ARS

Direttore responsabile: Francesco Cipriani

Registrazione REA Camera di Commercio di Firenze N. 562138

Iscrizione Registro stampa periodica Cancelleria Tribunale di Firenze N. 5498
del 19/06/2006

ISSN stampa 1970-3244

ISSN on-line 1970-3252

Salute di genere in Toscana

Coordinamento

Francesco Cipriani Direzione
Agenzia regionale di sanità della Toscana

Autori (in ordine alfabetico)

Rosanna Abbate	SOD Malattie aterotrombotiche Azienda ospedaliero-universitaria Careggi, Firenze Università degli Studi di Firenze
Carolina Amador	Unità di Epidemiologia Azienda ospedaliero-universitaria Meyer, Firenze
Laura Aversa	Settore sociale Osservatorio di epidemiologia Agenzia regionale di sanità della Toscana
Sonia Baccetti	Centro di riferimento regionale per le Medicine complementari e la medicina tradizionale cinese “Fior di Prugna” Azienda sanitaria di Firenze Rete toscana di medicina integrata
Sara Bagatti	Anestesia e rianimazione Azienda USL 4 di Prato Organizzazione toscana trapianti Azienda USL 4 di Prato, Area vasta Centro
Daniela Bagattini	Osservatorio sociale provinciale di Prato Osservatorio sociale regionale Regione Toscana
Lorella Baggiani	Settore Politiche per le famiglie e tutela dei minori DG Diritti di cittadinanza e coesione sociale Regione Toscana
Cristiana Baggiore	SOC di Diabetologia Ospedale San Giovanni di Dio Azienda sanitaria di Firenze
Alberto Baldasseroni	Centro regionale infortuni e malattie professionali (CeRIMP) Regione Toscana
Emanuela Balocchini	Settore Prevenzione e sicurezza in ambienti di vita e di lavoro, alimenti e veterinaria DG Diritti di cittadinanza e coesione sociale Regione Toscana
Alessandro Barchielli	UO Epidemiologia Azienda sanitaria di Firenze

Simone Bartolacci	Direzione Agenzia regionale di sanità della Toscana
Valentina Barletta	Settore sanitario Osservatorio di epidemiologia Agenzia regionale di sanità della Toscana
Dario Bartolozzi	SOD Malattie infettive Azienda ospedaliero-universitaria Careggi, Firenze
Angelamaria Becorpi	Dipartimento Attività integrate materno infantile Ambulatorio Fisiopatologia menopausa-menopausa oncologica Azienda ospedaliero-universitaria Careggi, Firenze
Alice Berti	Settore sociale Osservatorio di epidemiologia Agenzia regionale di sanità della Toscana
Sonia Biagi	Settore Politiche per le persone immigrate e interventi per gli individui in condizione di vulnerabilità DG Diritti di cittadinanza e coesione sociale Regione Toscana
Fabrizio Bianchi	Istituto fisiologia clinica Consiglio nazionale delle ricerche Fondazione toscana “Gabriele Monasterio”, Pisa
Maria Luisa Brandi	Dipartimento di Chirurgia e medicina traslazionale Sezione di endocrinologia e metabolismo Università degli Studi di Firenze SOD Malattie del metabolismo minerale e osseo Azienda ospedaliero-universitaria Careggi, Firenze
Stefano Bravi	Settore sociale Osservatorio di epidemiologia Agenzia regionale di sanità della Toscana
Vincenzina Bruni	Facoltà di Medicina e chirurgia Università degli Studi di Firenze
Sandra Bucciantini	Centro di riferimento regionale violenza Azienda ospedaliero-universitaria Careggi, Firenze
Rodolfo Buselli	Centro per lo studio del disadattamento lavorativo UO Medicina preventiva del lavoro Azienda ospedaliero-universitaria Pisana
Rachele Capocchi	Direzione Agenzia regionale di sanità della Toscana
Helen Casale	Unità di Medicina della sessualità e andrologia Dipartimento di Scienze biomediche sperimentali e cliniche Università degli Studi di Firenze

Giovanni Castellini	Unità di Medicina della sessualità e andrologia Dipartimento di Scienze biomediche sperimentali e cliniche Università degli Studi di Firenze
Anna Maria Celesti	Commissione permanente per le problematiche della Medicina di Genere Consiglio Sanitario Regionale Regione Toscana
Elisabetta Chellini	SC Epidemiologia Ambientale Occupazionale Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO)
Fiorella Chiappi	Ordine Psicologi Toscana
Luisella Cianferotti	Dipartimento di Chirurgia e medicina traslazionale Sezione di Endocrinologia e metabolismo Università degli Studi di Firenze SOD Malattie del metabolismo minerale e osseo Azienda ospedaliero-universitaria Careggi, Firenze
Francesco Cipriani	Direzione Agenzia regionale di sanità della Toscana
Emanuele Crocetti	UO Epidemiologia clinica e descrittiva Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (ISPO)
Monica Da Frè	Settore sociale Osservatorio di epidemiologia Agenzia regionale di sanità della Toscana
Alessandro Del Debbio	UOC di Psichiatria Azienda USL 12 di Viareggio
Mario Di Fiorino	UOC di Psichiatria Azienda USL 12 di Viareggio
Mariella Di Stefano	Rete toscana di medicina integrata
Mariarosaria Di Tommaso	Dipartimento Assistenziale integrato materno infantile Azienda ospedaliero-universitaria Careggi, Firenze Dipartimento Scienze della salute Università degli Studi di Firenze
Valeria Dubini	Struttura complessa di Ginecologia e ostetricia Ospedale San Giovanni di Dio Azienda sanitaria di Firenze
Cristina Epifani	UO Epidemiologia Azienda USL 4 di Prato
Massimo Fabbiani	SOS Ostetricia e Ginecologia Ospedale Nuovo del Mugello Azienda Sanitaria di Firenze

Eleonora Fanti	Settore sociale Osservatorio di epidemiologia Agenzia regionale di sanità della Toscana
Natalia Faraoni	Istituto regionale programmazione economica della Toscana (IRPET)
Paolo Fedi	Rete toscana di medicina integrata
Alessandra D. Fisher	Unità di Medicina della sessualità e andrologia Dipartimento di Scienze biomediche sperimentali e cliniche Università degli Studi di Firenze
Paolo Francesconi	Settore sanitario Osservatorio di epidemiologia Agenzia regionale di sanità della Toscana
Flavia Franconi	Dipartimento di Scienze biomediche Università di Sassari Laboratorio nazionale di Medicina di genere Istituto nazionale biostrutture biosistemi Osilo-Sassari
Sara Gallicchio	Settore Prevenzione e sicurezza in ambienti di vita e di lavoro, alimenti e veterinaria DG Diritti di cittadinanza e coesione sociale Regione Toscana
Gian Franco Gensini	Facoltà di Medicina e chirurgia Università degli Studi di Firenze DAI Cardiologico e dei vasi SOD Cardiologia generale 1 Azienda ospedaliero-universitaria Careggi, Firenze
Barbara Giomi	Centro Malattie a trasmissione sessuale Dipartimento di Chirurgia e medicina traslazionale Sezione di Dermatologia Università degli Studi di Firenze Azienda sanitaria di Firenze
Roberta Giommi	Istituto ricerca e formazione di Firenze Istituto internazionale di sessuologia di Firenze
Lisa Gnaulati	Direzione Agenzia regionale di sanità della Toscana
Elisa Gualdani	Settore sanitario Osservatorio di epidemiologia Agenzia regionale di sanità della Toscana
Francesco Innocenti	Settore sociale Osservatorio di epidemiologia Agenzia regionale di sanità della Toscana

Francesco Lapi	Settore sanitario Osservatorio di epidemiologia Agenzia regionale di sanità della Toscana
Isabella Lapi	Unità funzionale Salute mentale infanzia-adolescenza Zona Sud-est Azienda sanitaria di Firenze
Claudia Livi	Centro procreazione assistita “Demetra”, Firenze
Stefania Losi	Gruppo abusi infanzia e adolescenza (GAIA) Azienda ospedaliero-universitaria Meyer, Firenze
Silvia Maffei	Istituto di Fisiologia clinica Consiglio nazionale delle ricerche Fondazione toscana “Gabriele Monasterio”, Pisa
Luca Maggi	Comunità terapeutico-riabilitativa per i Disturbi del comportamento alimentare “Villamare”, Lido di Camaiore
Mario Maggi	Unità di Medicina della sessualità e andrologia Dipartimento di Scienze biomediche sperimentali e cliniche Università degli Studi di Firenze
Paola Magneschi	Settore Programmazione e organizzazione delle cure DG Diritti di cittadinanza e coesione sociale Regione Toscana
Paola Mantellini	SS Centro di riferimento regionale per la prevenzione oncologica Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (ISPO)
Andrea Martini	SC Epidemiologia ambientale occupazionale Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (ISPO)
Teresita Mazzei	Dipartimento di Scienze della salute Sezione di Farmacologia clinica e oncologia Università degli Studi di Firenze
Nadia Olimpi	Settore sociale Osservatorio di epidemiologia Agenzia regionale di sanità della Toscana
Linda Pannocchia	Comunità terapeutico-riabilitativa per i Disturbi del comportamento alimentare “Villamare”, Lido di Camaiore
Antonio Panti	Consiglio sanitario regionale Regione Toscana
Simone Parri	Dipartimento di Chirurgia e medicina traslazionale Sezione di Endocrinologia e metabolismo Università degli Studi di Firenze SOD Malattie del Metabolismo minerale e osseo Azienda ospedaliero-universitaria Careggi, Firenze

Valentina Pedani	Osservatorio sociale provinciale di Prato Osservatorio sociale regionale Regione Toscana
Adriano Peris	Anestesia e rianimazione di emergenza e Centro regionale di riferimento ECMO Azienda ospedaliero-universitaria Careggi, Firenze Organizzazione toscana trapianti
Anna Pierini	Istituto Fisiologia clinica Consiglio nazionale delle ricerche Fondazione toscana "Gabriele Monasterio", Pisa
Federica Pieroni	Fondazione toscana "Gabriele Monasterio", Pisa
Laura Pollicardo	Settore sanitario Osservatorio di epidemiologia Agenzia regionale di sanità della Toscana
Monia Puglia	Settore sociale Osservatorio di epidemiologia Agenzia regionale di sanità della Toscana
Matilde Razzanelli	Settore sanitario Osservatorio di epidemiologia Agenzia regionale di sanità della Toscana
Gianpaolo Romeo	Centro regionale infortuni e malattie professionali (CeRIMP) Regione Toscana
Elio Rossi	Rete toscana di medicina integrata
Franca Rusconi	Unità di Epidemiologia Azienda ospedaliero-universitaria Meyer, Firenze
Giuseppe Seghieri	Centro studi Salute di genere Azienda USL 3 di Pistoia Settore sanitario Osservatorio di epidemiologia Agenzia regionale di sanità della Toscana
Salvatore Seminara	Dipartimento di Scienze della salute Università degli Studi di Firenze SOD di Auxoendocrinologia Azienda ospedaliero-universitaria Meyer, Firenze
Caterina Silvestri	Settore sociale Osservatorio di epidemiologia Agenzia regionale di sanità della Toscana
Stefano Stagi	Dipartimento di Scienze della salute Università degli Studi di Firenze SOD di Auxoendocrinologia Azienda ospedaliero-universitaria Meyer, Firenze
Donatella Talini	Centro Regionale Infortuni e Malattie Professionali (CeRIMP) Regione Toscana

Caterina Teodori	Gruppo abusi infanzia e adolescenza (GAIA) Azienda ospedaliero-universitaria Meyer, Firenze
Zelinda Tredici	Dipartimento delle Scienze per la salute della donna e del bambino Università degli Studi di Firenze
Paola Trotta	Dipartimento Dipendenze Azienda sanitaria di Firenze
Lucia Turco	Centro studi Salute di genere Azienda USL 3 di Pistoia
Cristina Vassalle	Istituto di Fisiologia clinica Consiglio nazionale delle ricerche Fondazione toscana "Gabriele Monasterio", Pisa
Donata Villari	SOD Urologia II Clinica Urologica Università degli Studi di Firenze Azienda ospedaliero-universitaria Careggi, Firenze
Fabio Voller	Settore sociale Osservatorio di epidemiologia Agenzia regionale di sanità della Toscana
Giuliano Zuccati	Centro Malattie a trasmissione sessuale Dipartimento di Chirurgia e medicina traslazionale Sezione di Dermatologia Università degli Studi di Firenze Azienda sanitaria di Firenze
Alfredo Zuppiroli	Settore sanitario Osservatorio di epidemiologia Agenzia regionale di sanità della Toscana

Editing e impaginazione

Elena Marchini
Osservatorio di epidemiologia
Agenzia regionale di sanità della Toscana

Indice

Premessa	pag. 15
Introduzione	17
Il Documento in sintesi	19
Capitolo 1 - Cos'è la medicina di genere	33
Capitolo 2 - Profilo generale	39
2.1 Dinamiche demografiche	41
2.1.1 Struttura della popolazione	41
2.1.2 Speranza di vita	43
2.1.3 Natalità e fecondità	44
2.1.4 La popolazione straniera	45
2.1.5 Nuzialità, separazioni e divorzi	47
2.2 Istruzione e lavoro	48
2.3 Mortalità	54
2.4 Percezione di salute	60
Capitolo 3 - Stili di vita	65
3.1 Fumo	67
3.2 Alcol	72
3.3 Alimentazione	76
3.4 Attività fisica e sportiva	80
3.5 Peso e obesità	84
Capitolo 4 - Problemi di salute	89
4.1 Malattie cardiovascolari	91
4.1.1 Infarto miocardico acuto	93
4.1.2 Scompenso cardiaco	96
4.1.3 Ictus cerebrale	97
4.1.4 Ipertensione arteriosa	99
4.2 Tumori	101
4.2.1 Incidenza e sopravvivenza	101
4.2.2 Chemioterapia antitumorale	107
4.3 Altre malattie croniche	111
4.3.1 Diabete	111
4.3.2 Osteoporosi	115
4.3.3 Incontinenza urinaria	119

4.4 Malattie rare	125
4.5 Malattie infettive	133
4.5.1 Malattie infettive soggette a notifica	133
4.5.2 HIV/AIDS	139
4.5.3 Malattie a trasmissione sessuale	147
4.6 Salute mentale	152
4.6.1 Epidemiologia dei disturbi mentali	152
4.6.2 I disturbi del comportamento alimentare	157
4.7 Uso e abuso di sostanze illegali	162
4.7.1 Consumi di sostanze illegali e gioco d'azzardo negli adolescenti	162
4.7.2 Tossicodipendenza e conseguenze sanitarie	170
4.8 Traumi	175
4.8.1 Incidenti stradali	175
4.8.2 Incidenti domestici	179
4.9 Infortuni, malattie e stress lavoro-correlati	183
4.9.1 Infortuni sul lavoro	183
4.9.2 Malattie professionali	187
4.9.3 Stress lavoro-correlato	191
4.9.4 Patologie da stress	201
Capitolo 5 - Salute e sociale	213
5.1 Salute sessuale e riproduttiva	215
5.1.1 Assistenza in gravidanza e parto	215
5.1.2 Allattamento al seno	222
5.1.3 Depressione post-parto e prescrizione di antidepressivi	224
5.1.4 Aborti spontanei	230
5.1.5 Interruzioni volontarie di gravidanza	234
5.1.6 Mortalità e morbosità materna	237
5.1.7 Infertilità e procreazione medicalmente assistita	240
5.1.8 Menopausa e menopausa precoce	246
5.1.9 Identità sessuale	253
5.1.10 Disturbi della sessualità	259
5.2 Bambini	261
5.2.1 Salute in età pediatrica	261
5.2.2 Malformazioni congenite	266
5.2.3 Pubertà precoce	273

5.3 Adolescenti	278
5.3.1 Alcuni comportamenti a rischio: i comportamenti alla guida e il bullismo	278
5.3.2 Comportamenti sessuali e contraccezione	285
5.4 Stranieri	289
5.5 Anziani e grandi anziani	305
5.5.1 Qualità della vita, salute e disabilità	306
5.5.2 Demenza	310
Capitolo 6 - Ricorso ai servizi sanitari	313
6.1 Prevenzione	315
6.1.1 Vaccinazione HPV	315
6.1.2 Screening oncologici	320
6.2 Ospedalizzazione	323
6.3 Pronto soccorso e 118	331
6.4 Trapianti	337
6.4.1 Donazione	337
6.4.2 Trapianto	338
6.5 Uso di farmaci	340
6.6 Medicine complementari	347
Capitolo 7 - Violenza, tratta, maltrattamenti e abuso	351
7.1 Violenza di genere	353
7.2 L'esperienza del Codice rosa	359
7.3 Violenza e abuso su donne e bambine: esperienza del Centro regionale di riferimento	361
7.4 Tratta e sfruttamento di esseri umani	364
7.5 Maltrattamenti e abuso su minori	368
7.6 Esperienza del gruppo GAIA	372
Capitolo 8 - Formazione alla medicina di genere	377

Premessa

A dire il vero, fino ad alcuni decenni or sono, nei libri di medicina erano descritte le malattie proprie degli uomini o delle donne, le diversità e lo sviluppo dei due sessi insieme alle prime conoscenze sulla genetica, ma la descrizione clinica e la terapia della quasi totalità dei quadri morbosì era del tutto indifferenziata. In pochi anni le conoscenze scientifiche sono aumentate in modo esponenziale e, con quelle, la consapevolezza che, al di là dei sessi o, meglio, del continuum della sessualità umana, fosse assai più appropriato parlare di identità di genere e approfondire bene le conseguenze che tale diversità apportava nelle conoscenze e nella prassi della medicina e nella costruzione del “sistema salute”.

Forse avrà influito sulla pratica medica la confusione lessicale per cui il lemma “uomo” significa anche “essere umano”, indipendentemente dal sesso, quasi a giustificare la battuta di Benigni: “Le donne? Le son omini anche loro!”. Quasi una medicina maschilista. Ormai sappiamo bene che esiste una differenza di genere che si manifesta nelle diverse conseguenze agli stili di vita, all’impatto ambientale, alle dipendenze, alla sensibilità ai farmaci, a molteplici comuni patologie. Così appare diverso tra i generi il vissuto individuale o molta della patologia da lavoro. Allora non si può considerare la differenza di genere soltanto in relazione alla patologia sessuale o riproduttiva, ma in relazione a una buona parte della prevenzione e della clinica e, su questa, misurare e programmare gli interventi di sanità pubblica.

Il libro che presentiamo, frutto della collaborazione di un numeroso e preparatissimo gruppo di esperti, curato e pubblicato dall’Agenzia regionale di sanità, nasce dall’intuizione di alcune studiose toscane che hanno costituito una commissione di lavoro, coordinata dalla collega Annamaria Celesti, ginecologa, che ha convinto l’assessore al Diritto alla salute della Regione Toscana a inserire nel Piano sanitario regionale le problematiche di genere quale momento qualificante dell’assistenza nella nostra regione.

Tutto ciò è importante, non soltanto sul piano clinico o della prevenzione, in particolare in una regione che si è data il fine etico e politico di dare uguale accesso alle cure a tutti i cittadini, ma, e più che altro, sul piano scientifico. Questo stimolo dovrà rendere i medici e tutti i professionisti della sanità consapevoli delle problematiche di genere legate all’uso dei farmaci e, di conseguenza, la ricerca dovrà sempre più essere attenta a tali differenze. Infatti, finora la sperimentazione sull’uomo si è svolta prevalentemente sul soggetto maschio, di fatto distorcendo le conoscenze sulle reali azioni dei farmaci quando somministrati senza tener conto delle differenze di genere.

In conclusione, questa iniziativa, resa possibile dall'impegno scientifico e politico di un gruppo di professioniste, rappresenta un concreto esempio di pari opportunità. Non si tratta soltanto di affermazioni teoriche, bensì di traduzioni pratiche delle conoscenze scientifiche più moderne. In tal modo riteniamo di porre il Servizio sanitario toscano nelle condizioni più idonee per rispondere alle esigenze sanitarie dei differenti generi. Il testo, senza presunzioni, è qualcosa di più di un documento sulla salute di genere. In realtà è una breve ma completa sintesi sulle conoscenze scientifiche attuali sui diversi comportamenti dei generi e quindi sull'incidenza di questi sulla salute e sulla malattia, dal punto di vista epidemiologico e medico. In tal modo il testo si presenta come uno strumento utile a tutti i professionisti della sanità del nostro Paese.

Antonio Panti
Vicepresidente Consiglio sanitario regionale
Regione Toscana



Introduzione

Per troppo tempo le malattie, la loro prevenzione e terapia sono state studiate prevalentemente su casistiche del solo sesso maschile, sottovalutando le peculiarità biologico-ormonali e anatomiche proprie delle donne. La *medicina di genere* è chiamata a limitare disuguaglianze di studio, attenzione e trattamento che fino ad oggi sono state a carico delle donne. Non costruendo una medicina al femminile e una al maschile, ma applicando il concetto di diversità per garantire a tutti, donne e uomini, il miglior trattamento possibile in funzione della specificità di genere. Per questo la medicina di genere non deve essere una specialità a sé stante, ma un'integrazione trasversale di specialità e competenze mediche, affinché si formi una cultura e una presa in carico della persona che tenga presente le differenze di genere, non solo sotto l'aspetto anatomo-fisiologico, ma anche delle differenze biologico-funzionali, psicologiche, sociali e culturali, oltre che ovviamente di risposta alle cure. Pertanto la medicina di genere è ormai un'esigenza del Servizio sanitario ed occorre quindi pensare ad alcuni aspetti organizzativi e di organizzazione dei servizi che tengano conto delle differenze di genere. A tal fine la Regione Toscana, prima in Italia, ha istituito all'interno del Consiglio sanitario regionale, organo del governo clinico, la "Commissione permanente per le problematiche della medicina di genere". La Commissione è composta da trenta professionisti che operano a vario titolo nella sanità toscana e che già da tempo si occupano, nella loro specialistica, di problematiche legate alle differenze di genere, lavorando per gruppi tematici: dalla ricerca e sperimentazione farmacologica, alle patologie cardiovascolari e dismetaboliche. Dai determinati di salute alla medicina preventiva, fino alla sicurezza sul lavoro. Dalla identificazione di indicatori di equità di genere alla organizzazione dei servizi, fino alla progettazione architettonica delle strutture sanitarie in un'ottica di genere. Tra i compiti della Commissione, oltre a quello di individuare quante e quali differenze di genere sono dovute a fattori intrinseci alla biologia di genere e alla fisiopatologia della malattia, e quante sono da ascrivere alla società e al sistema sanità, evidenziando quanto costa questa differenza, vi è quello di ricercare percorsi ottimali per sensibilizzare e formare gli operatori sanitari verso il determinante genere, e di sviluppare indagini e ricerche finalizzate ad evidenziare le differenze nei fattori di rischio, nella prevenzione e nella cura, farmacologica e non, di patologie emergenti tra la popolazione femminile. Per arrivare a Raccomandazioni o Linee-guida su prevenzione, tra diagnosi, trattamento e riabilitazione in un'ottica di genere. Per questo la Commissione ha deciso di promuovere,

in collaborazione con l'Agenzia regionale di sanità, questo documento sulla “salute di genere” in Toscana. Documento che, grazie al lavoro di un numeroso e preparato gruppo di esperti, presenta una serie di interventi relativi alle conoscenze scientifiche attuali sui diversi comportamenti di genere e sull'incidenza di questi sulla salute e sulla malattia, dal punto di vista epidemiologico e clinico. Con l'obiettivo che possa essere utile a tutti i professionisti, al fine di misurare e programmare gli interventi di salute pubblica declinandoli sulla tematica di genere.

Anna Maria Celesti
Responsabile Commissione permanente
per le problematiche della medicina di genere
Consiglio sanitario regionale
Regione Toscana

Anna Maria Celesti

Il Documento in sintesi

Fabio Voller, Monica Da Frè - ARS Toscana

Il presente Documento ARS rappresenta una raccolta di contributi epidemiologici sulla salute di genere in Toscana. Al suo interno vengono analizzati molti aspetti relativi alla salute ed al ricorso ai servizi sanitari letti sotto l'ottica della differenza di genere.

Innanzitutto il **Capitolo 1** chiarisce “Cos’è la medicina di genere”. Il capitolo chiarisce che la medicina di genere non si limita ad evidenziare le differenze biologiche uomo/donna, ma crea nuovi prototipi di salute incorporandone gli aspetti sociali, dando valore alle differenze e riconoscendo le somiglianze per arrivare all’obiettivo dell’equità di cura.

Il **Capitolo 2** fornisce un profilo demografico sociale ed economico, che si conclude con le statistiche di mortalità e percezione dello stato di salute, tutto confrontando la Toscana all’Italia.

Anche se di poco, come atteso, nascono più maschi che femmine, ma già in età adulta, intorno ai 40 anni, le femmine sorpassano numericamente i maschi e, con inesorabile progressione, la quota di coloro che arrivano a superare gli 80 anni è il doppio di quella dei coetanei maschi. Una donna toscana, alla nascita, può aspettarsi di vivere 85 anni, mentre un uomo toscano non arriva agli 80: le donne vivono quindi circa 5 anni in più degli uomini. Il guadagno di anni di vita negli anni ‘60 era sostenuto perlopiù dalla diminuzione della mortalità infantile e giovanile, mentre a partire dagli anni ‘80 è causato dalla riduzione progressiva della mortalità nelle età più anziane. Sono soprattutto le donne di oltre 65 anni ad avvantaggiarsi dei maggiori guadagni di sopravvivenza, anche se in misura minore dopo gli ‘80 anni. Gli uomini presentano tassi standardizzati di mortalità più elevati rispetto alle donne. Mentre gli anni di vita vissuti aumentano, a partire dagli anni ‘80, le nascite diminuiscono sempre più velocemente. La Toscana ha sempre registrato tassi di fecondità più bassi rispetto all’Italia, oggi il numero medio di figli per donna è di 1,4 e la tendenza recente alla ripresa è legata ai crescenti fenomeni migratori. La Toscana si colloca tra le regioni con le presenze straniere più elevate in Italia. Nel periodo 2003-2011 la popolazione straniera residente in Toscana è triplicata, passando da poco meno di 130mila persone a circa 364mila: la proporzione degli stranieri sul totale della popolazione residente è passata dal 3,6% al 9,7%. La componente femminile, che fino al 2010 ha presentato valori lievemente inferiori a quella maschile, nel 2011 la supera di 20mila unità.

La distinzione di genere rappresenta una variabile cruciale per comprendere gli aspetti collegati all’istruzione, al lavoro e all’autonomia economica. La crescente scolarizzazione rimane comunque un processo che sta cambiando i modelli di partecipazione femminile

al mercato del lavoro. Nel 2011, in Toscana, l'incidenza delle giovani donne con titolo di studio universitario è del 13% contro il 6% degli uomini della stessa fascia di età. Nelle classi di età al di sopra dei 30 anni, le differenze invece si stemperano e l'incidenza dei laureati sulla popolazione scende al 12% sia per gli uomini che per le donne. Un elevato titolo di studio aumenta però la propensione al lavoro delle donne, spingendo le più istruite a confrontarsi col mercato in misura nettamente superiore rispetto a quanto avvenga per le coetanee con un livello di istruzione inferiore.

Nel periodo della crisi il tasso di occupazione è diminuito in egual misura nei maschi e nelle femmine. La matrice settoriale della crisi spiega in parte l'uguale penalizzazione rispetto agli uomini della più debole categoria delle donne: più colpiti sono stati, infatti, il settore delle costruzioni e quello manifatturiero, tradizionalmente meno femminilizzati. Inoltre, l'andamento dell'occupazione femminile negli anni di crisi rispecchia la più alta mobilità delle donne all'interno del mercato del lavoro, spiegabile con la loro maggiore presenza tra i lavoratori atipici.

Il Capitolo 3 affronta gli aspetti degli stili di vita che possono influenzare lo stato di salute, quali il fumo, l'alcol, l'alimentazione, l'attività fisica e sportiva, il peso corporeo. Sono soprattutto questi a determinare la salute di maschi e femmine, e ad incidere sulla frequenza delle principali malattie croniche: malattie cardiovascolari e respiratorie, tumori, diabete. Scelte individuali, ma fortemente condizionate dal contesto ambientale e sociale. In generale le donne assumono comportamenti più virtuosi rispetto agli uomini per quanto riguarda il fumo, l'alcol e l'alimentazione, mentre risultano più sedentarie.

Rispetto agli uomini, le donne toscane sono meno spesso fumatrici, tra queste l'abitudine al fumo è rimasta stabile dagli anni '80 (dal 19,3% al 19,5% del 2011), mentre nel genere maschile, nello stesso periodo, i fumatori si sono quasi dimezzati (dal 51,7% al 27,9%). Tali trend ripetono quelli generali della popolazione italiana. A differenza di quanto si osserva nella popolazione adulta, negli adolescenti toscani l'abitudine è più omogeneamente diffusa nei generi, con valori che sono di poco superiori nelle femmine rispetto ai maschi (nel 2011, rispettivamente, 25,7% e 22,6%). Anche i livelli di consumo sono inferiori nelle donne in tutte le fasce di età.

Nel 2011 la quota di bevitori di almeno una bevanda alcolica (vino, birra, liquori, aperitivi alcolici ed amari) è pari al 67,3%, con una prevalenza più alta nel genere maschile (81,9% vs 54,0%), in linea con il dato nazionale. L'andamento della quota di bevitori in Toscana, come in Italia, nel periodo 1998-2011 risulta in diminuzione, in particolar modo per le donne, e vede mantenere negli anni la differenza di genere. L'abitudine quotidiana o saltuaria di bere alcolici fuori pasto è più diffusa negli uomini rispetto alle donne, sia in Italia che in Toscana, così come la pratica del *binge drinking* (ovvero l'assunzione di 6 o più unità alcoliche in un'unica occasione). La prevalenza invece di bevitori a rischio (consumo di più di 40 grammi di alcol al giorno per i maschi e di più di 20 grammi di alcol al giorno per le femmine) non mostra differenze significative nei due generi. Anche per quanto riguarda gli adolescenti, i ragazzi sembrano avere una

maggior propensione all'uso di alcol e ai consumi eccedentari, in particolare il *binge drinking*, rispetto alle ragazze. Tuttavia per alcuni comportamenti, come l'aver avuto episodi di ubriacature, le differenze nei due generi risultano minime.

In Toscana il profilo alimentare nel genere femminile si rivela orientato verso un maggior consumo di frutta e verdura e di latte. Negli uomini la dieta, oltre ad essere meno attenta all'apporto di frutta e verdura, risulta più ricca di salumi e carni. Il consumo a livelli adeguati di frutta e verdura rimane però una criticità rispetto alle abitudini alimentari, in Toscana come in Italia.

Nella popolazione adulta il genere femminile risulta più sedentario rispetto al genere maschile: nel 2011, in Toscana, non pratica alcun tipo di attività fisica il 40,7% delle femmine ed il 32,0% dei maschi. Sia in Toscana che in Italia, nei bambini è poco diffusa la pratica dell'attività fisica secondo i livelli raccomandati. Anche nei più piccoli si riscontra una maggiore propensione al movimento dei maschi, che fanno attività fisica più giorni alla settimana rispetto alle femmine. Di nuovo negli adolescenti sono più spesso i maschi rispetto alle femmine a praticare attività fisica almeno un'ora al giorno tutti i giorni (8,0% vs 5,5%), oppure tre o più giorni a settimana (69,8% vs 46,6%), e a praticare attività sportiva (84,8% vs 69,5%).

Rispetto al peso corporeo, il sovrappeso negli adulti in Toscana, come in Italia, interessa maggiormente la popolazione maschile (44,2% vs 28,2%), mentre l'obesità ha scarse differenze nei due generi (9,4% vs 7,7%). Se consideriamo invece il sottopeso, le prevalenze sono più alte nelle donne rispetto agli uomini (rispettivamente, 4,0% vs 0,6%). Nel periodo 2001-2011, la prevalenza del sovrappeso in Toscana ha mostrato una tendenza all'aumento, in entrambi i generi, pur con delle oscillazioni negli anni, mentre quella dell'obesità si è mantenuta più stabile. Non ci sono invece differenze rilevanti tra i due generi nel peso corporeo dei bambini. L'eccesso di peso tra 11 e 15 anni di età interessa maggiormente i maschi e inizia pertanto a rendersi evidente la differenza di genere che caratterizzerà soprattutto l'età adulta. Anche negli adolescenti, sovrappeso e obesità interessano maggiormente i maschi (nel 2011, rispettivamente, 15,2% e 3,3%) rispetto alle femmine (9,9% e 2,0%), mentre la magrezza è più diffusa nelle ragazze.

Con il **Capitolo 4** si entra nel merito dei diversi problemi di salute attraverso i quali meglio si evidenziano le differenze di genere.

I primi due gruppi di patologie analizzati sono quelli che costituiscono le principali cause di decesso in entrambi i generi e sono le malattie del sistema circolatorio e i tumori.

In Toscana, i maschi presentano un'incidenza più elevata di infarto miocardico acuto (IMA), una prevalenza più elevata di scompenso cardiaco e di ictus cerebrale. È infine più elevata tra gli uomini anche la prevalenza di ipertensione arteriosa.

Le malattie cardiovascolari (MCV) presentano differenze di genere legate in primo luogo a differenze biologiche (quali il ruolo degli ormoni sessuali ed in particolare durante la menopausa), a differenze nella prevalenza dei più importanti fattori di rischio cardiovascolare quali il fumo, il diabete, l'ipertensione e la depressione, a una diversità nei sintomi di presentazione, vale a dire una maggior frequenza di sintomi "atipici" nelle donne, un fraintendimento dei sintomi da parte delle donne ed una minor consapevolezza tra gli operatori sanitari dell'importanza delle MCV nelle donne per la convinzione che siano protette rispetto ad esse. Questa serie di fattori porta a differenze di genere nel trattamento e negli esiti delle sindromi coronarie acute legati anche a una diversa risposta ai farmaci tra donne ed uomini, in particolare nelle donne si osserva spesso un minor uso delle terapie indicate dalle linee-guida.

La frequenza con la quale vengono diagnosticati i tumori nel nostro Paese è in media di circa 5 casi ogni 1.000 donne all'anno e circa 7 casi ogni 1.000 uomini. La Toscana presenta valori in linea con la media italiana. Il quadro è dominato dal tumore della mammella nelle donne, mentre tra gli uomini, ai primi posti in termini di frequenza, troviamo un gruppo di tumori di rilevanza simile più variegato per natura, patogenesi e prognosi (prostata, polmone, colon-retto). Fra i 30 ed i 50 anni la frequenza dei tumori è maggiore nelle donne, in virtù del tumore della mammella che già in queste decadi è relativamente frequente, successivamente l'incidenza cresce molto di più tra gli uomini rispetto a quanto non accada tra le donne. Anche per l'analisi della prevalenza il genere è particolarmente importante, poiché quasi un quarto dei tumori prevalenti è costituito dal tumore della mammella femminile. Nel prossimo futuro, se non cambieranno le abitudini relative al fumo tra le donne, il tumore del polmone è destinato ad avere anche nel genere femminile un ruolo rilevante e, considerando la sua prognosi, anche in termini di mortalità.

Altre patologie croniche analizzate in questo capitolo sono il diabete, l'osteoporosi e l'incontinenza urinaria che, per ragioni diverse, presentano delle caratterizzazioni di genere importanti.

Dati nazionali e toscani mostrano una prevalenza maggiore della malattia diabetica nei maschi in tutte le fasce di età, ad eccezione degli under 45 che presentano prevalenze quasi sovrapponibili nei due generi. Nei diabetici il profilo di rischio cardiovascolare è peggiore nella donna, così come è più elevato il rischio di complicanze cardiache fatali soprattutto con l'insorgenza della menopausa, comportando nella donna diabetica una qualità ed un'aspettativa di vita peggiori. Una forma di diabete, il gestionale, inoltre, è per definizione una malattia di genere e di per sé un fattore di rischio importante per l'insorgenza di diabete di tipo 2 negli anni successivi.

Una donna su tre e un uomo su sette sono affetti da osteoporosi. Come diretta conseguenza della patologia, una donna su tre ed un uomo su cinque di età superiore ai 50 anni presenterà una frattura da fragilità. Tra gli anziani, le fratture osteoporotiche

rappresentano una delle maggiori cause di mortalità, con un'incidenza sostanzialmente sovrapponibile a quella per ictus e tumore della mammella. Per questi motivi, l'Organizzazione mondiale della sanità considera l'osteoporosi seconda solo alle patologie cardiovascolari come problema critico di salute pubblica.

In Toscana si stimano circa 477 mila persone con incontinenza urinaria, di queste quasi 320 mila sono di genere femminile. L'incontinenza urinaria maschile è maggiormente rappresentata dopo i 60 anni. I numeri indicano che si tratta di patologia da non sottovalutare, non solo per i risvolti medici, ma anche per quelli economici, sociali e relazionali.

Non ci sono malattie infettive che colpiscono esclusivamente il genere femminile, anche se ci può essere una diversa prevalenza delle diverse affezioni a seconda del genere. L'importanza delle malattie infettive nell'analisi per genere è in gran parte legata alla possibilità di trasmissione verticale dell'infezione, da madre a bambino, e alla possibilità di trasmissione sessuale. Sono state analizzate la rosolia, l'epatite B e le malattie a trasmissione sessuale (MTS). Le prime due rientrano tra le patologie per le quali sono stati previsti e attivati interventi preventivi efficaci, in grado di proteggere la donna eliminando la possibilità di trasmissione della malattia e i conseguenti danni del feto e del neonato. Il vaccino contro la rosolia presenta un'elevata efficacia e l'incidenza della malattia ha mostrato una progressiva riduzione registrando 28 casi nel triennio 2009-2011. Anche l'andamento dell'epatite B ha evidenziato una lenta tendenza alla riduzione del numero dei casi notificati (228 casi del 2009-2011), mostrando però una netta prevalenza nel genere maschile: il rapporto M/F è stato in totale di 3:1.

Anche per le altre MTS, la popolazione toscana affetta risulta composta prevalentemente da maschi. Si tratta di giovani adulti, single, con un buon livello d'istruzione, che mettono in atto comportamenti sessuali a rischio e non usano il profilattico. Le malattie più rappresentate sono i condilomi acuminati, le cerviciti/uretriti da Chlamydia Trachomatis e l'herpes genitale e la sifilide. Anche tra i casi di HIV/AIDS la modalità di trasmissione prevalente risulta quella sessuale. È però importante notare che la diagnosi nelle donne viene fatta più precocemente rispetto agli uomini, soprattutto nella popolazione immigrata grazie ad un efficace screening prenatale. Infatti, molte donne si sottopongono al test grazie all'inserimento dello screening per l'HIV nel libretto regionale per la gravidanza.

Passando alle patologie di natura mentale, studi di popolazione hanno dimostrato il maggior interessamento del genere femminile in tutte le fasce di età. Le donne, infatti, più degli uomini, ricorrono al ricovero ospedaliero e ai servizi territoriali di salute mentale, affette prevalentemente da disturbi affettivi (categoria composta dalle forme depressive e maniacali, dal disturbo bipolare, la distimia, la ciclotimia ecc.) e da disturbi d'ansia e somatoformi (disturbo di panico, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbi della personalità ecc.). Il maggior interessamento del genere femminile in

alcune forme patologiche rende di facile interpretazione il dato che identifica le donne come le maggiori utilizzatrici di antidepressivi, con una differenza donne/uomini che si accentua dai 45 anni in poi.

Fra le patologie a carico del genere femminile molto si è parlato anche del disturbo alimentare (DCA) diagnosticato, prevalentemente, nella fascia di età compresa tra i 12 ed i 30 anni. In Toscana, negli ultimi anni, si rileva un lieve aumento del numero dei ricoveri per anoressia nervosa ed una leggera diminuzione dei ricoveri per bulimia nervosa. Particolare risulta anche l'aumento dei ricoveri per DCA nella prima infanzia, che dal 2005 al 2011 sono cresciuti del 68,7%. I disturbi del comportamento alimentare sono più frequenti nel genere femminile: negli studi condotti su popolazioni cliniche gli uomini rappresentano il 5-10% dei casi di anoressia nervosa, il 10-15% dei casi di bulimia nervosa e il 30-40% dei casi di *Binge Eating Disorder* (BED – disturbo da alimentazione incontrollata).

Se da un lato le donne sono più “inclini” a sviluppare un disturbo psichico, dall’altra sono meno coinvolte dal fenomeno suicidario dove, a fronte di un tasso di 11,5 per 100.000 abitanti nella popolazione maschile (anno 2010), nelle donne il valore è di 2,8 suicidi per 100.000. Questo dato, apparentemente in contrapposizione con quanto riportato in precedenza, è spiegabile osservando le modalità di messa in atto: gli uomini sono più portati ad utilizzare forme più crude, come ad esempio l’arma da fuoco, rispetto al genere femminile che, scegliendo l’avvelenamento, ha maggiori possibilità di essere tratto in salvo.

Venendo al consumo di sostanze chimiche e non, il 36,4% degli studenti (indagine Epidemiologia dei determinanti dell’infotunistica stradale in Toscana – EDIT) ha dichiarato di aver utilizzato almeno una volta nella vita una sostanza stupefacente, con una rilevante attrazione di genere (il 31,9% delle femmine vs il 40,5% dei maschi). Tali differenze di genere si mantengono rilevanti anche negli altri riferimenti temporali analizzati (ultimo anno e ultimo mese). Le elaborazioni individuano inoltre nelle adolescenti una modalità di consumo più ricreativa e ad un livello di minor rischio e minore impegno e con un coinvolgimento più marginale rispetto ai coetanei, soprattutto nei modelli di consumo complessi quali il policonsumo. Tuttavia, a conferma di quanto riportato in letteratura circa una minore capacità delle consumatrici di sostanze di controllare le proprie reazioni emotive, troviamo un maggior disagio psicologico tra le poliassuntrici mensili e un maggior coinvolgimento delle ragazze nel consumo di farmaci e psicofarmaci senza prescrizione medica. Nei contesti di abuso e dipendenza le differenze legate al genere risultano ancora più evidenti, probabilmente in conseguenza di differenze psicologiche, sociali, culturali, come è nella natura di ogni altra scelta di genere. Ciò sembra infine comportare conseguenze sulla salute (morbosità e mortalità) delle consumatrici più lievi rispetto a quanto riscontrato nel mondo maschile.

Tutto ciò, da un lato, suggerisce caratteristiche meno facilitanti al comportamento a rischio nel genere femminile ma, per coloro che vivono esperienze con aspetti più

simili al genere maschile, anche la necessità di un particolare ascolto nel caso giungano in contatto con operatori della prevenzione o dei servizi.

Le cause accidentali costituiscono la quarta causa di morte negli uomini e la settima nelle donne. Vi si comprendono gli incidenti e gli infortuni sul lavoro. Gli incidenti stradali sono un fenomeno in cui il genere femminile viene coinvolto decisamente meno rispetto a quello maschile. Le donne, infatti, oltre a guidare meno, sono anche più prudenti, e dunque meno soggette a sanzioni amministrative da parte delle Forze dell'ordine, e inoltre sono responsabili di un numero minore di incidenti stradali. Le femmine assumono in questo ambito un ruolo da protagoniste negative, principalmente nella categoria dei pedoni dove rappresentano la quota maggiore di feriti in ogni classe di età. Gli incidenti domestici, invece, colpiscono prevalentemente il genere femminile, specialmente la categoria delle casalinghe proprio a causa di una maggior presenza in casa di queste ultime.

Nell'ambito lavorativo si registra una sostanziale stabilità degli infortuni, anche gravi, tra le donne, a fronte di una diminuzione della loro incidenza negli uomini. Considerando il rapporto M/F degli infortuni, questo passa da circa 4:1 nel 2000 a circa 2:1 nel 2011, cosa che corrisponde del resto anche all'andamento del numero degli addetti che vede un progressiva diminuzione dei maschi rispetto alle femmine. Questa tendenza sembra indicare una progressiva convergenza dei tassi di infortunio nei due generi, benché le differenze nei settori a maggior presenza maschile siano ancora notevoli.

Sono proprio queste a caratterizzare anche le differenze di genere nelle malattie professionali. Per le donne le più frequenti risultano le malattie muscolo-scheletriche e le malattie della pelle, per gli uomini sono invece le ipoacusie da rumore, le malattie muscolo-scheletriche, le malattie della pelle ed i mesoteliomi, l'asbestosi e la sindrome di Raynaud. Tali differenze di genere potrebbero essere spiegabili col fatto che i lavoratori sono di solito adibiti ad attività più frequentemente associate ad esposizione a rumore ed agenti chimici/cancerogeni, mentre le lavoratrici risultano più spesso impiegate in attività che comportano movimenti ripetitivi degli arti superiori, posture incongrue (manifattura, parrucchieri, addetti alle pulizie) e movimentazione manuale dei carichi (movimentazione pazienti in ambito sanitario, per esempio). Infine lo stress lavoro-correlato che per varie motivazioni, come ad esempio la sottovalutazione delle specificità del genere femminile, la pluralità di ruoli con un sovraccarico di lavoro, il maggior rischio di uscita dal mercato del lavoro per motivi familiari, riguarda prevalentemente le donne.

Il **Capitolo 5** affronta gli aspetti di salute tra il sociale e il sanitario analizzando vari gruppi di popolazione che vanno dai bambini agli adolescenti, agli anziani, alla popolazione straniera. In un documento che parla di salute di genere non possono non trovare spazio i temi relativi alla gravidanza e al parto e aspetti di grande interesse come

l'allattamento, la depressione post-parto, la mortalità materna, l'interruzione volontaria di gravidanza, ma anche i problemi legati all'infertilità e ai disturbi della sessualità.

Negli ultimi anni importanti cambiamenti socio-demografici hanno influenzato la salute riproduttiva. Nel 2012, nelle strutture Toscane si sono registrati 31.234 partori. L'età media della donna al parto continua ad aumentare (32 anni), così come la proporzione di partori da donne straniere (27,1%). È aumentato negli anni anche il ricorso alla procreazione medicalmente assistita (2,1% dei partori). Nel 2011 hanno afferito ai centri di infertilità toscani 3.699 coppie residenti. L'etiology dell'infertilità si distribuisce in modo omogeneo fra cause maschili e femminili. La procreazione medicalmente assistita, assieme all'aumento dell'età media al parto, hanno portato ad un aumento delle gravidanze plurime (1,8% nel 2012). Il quadro dell'assistenza in gravidanza in Toscana, come in Italia, è buono: la quasi totalità delle donne effettua un numero di viste e un numero di ecografie adeguato e gli screening prenatali raggiungono il 70% delle partorienti. La situazione dell'accesso ai servizi è buona anche nella popolazione straniera che mostra un quadro nettamente migliorato rispetto a dieci anni fa. Rimane stabile negli anni il ricorso al taglio cesareo che risulta nel 2012 al 26,5% (era del 26,1% nel 2001), percentuale molto al di sotto della media nazionale registrata nel 2010 al 37,5%.

Si osserva un incremento graduale negli anni dell'allattamento esclusivo al seno alla dimissione dal punto nascita che dal 66% nel 2001 passa al 71% nel 2005, fino a raggiungere il 76% nel 2010. Tuttavia, la pratica di allattare al seno in modo esclusivo diminuisce fin dai primissimi mesi di vita: il 56% a 2-4 mesi scende al 31% a 4-6 mesi, età in cui inizia lo svezzamento.

Un fenomeno difficile da stimare, ma che rappresenta un problema di sanità pubblica di primaria importanza sia per la frequenza sia per le conseguenze che interessano la madre, il bambino e la famiglia, è la depressione post-parto. Dalla nostra analisi risulta che il 3,3% delle partorienti toscane ricorre all'uso di antidepressivi entro un anno dal parto: una variabile che sottostima il fenomeno della depressione post-parto, ma che rappresenta circa un terzo della prevalenza riportata in altri studi. Si tratta di donne di età avanzata, italiane, fumatrici, donne che hanno avuto un parto pretermine e donne che facevano uso di antidepressivi prima della gravidanza.

Nell'ambito della gravidanza e del parto dobbiamo ricordare che la mortalità materna, pur essendo un fenomeno molto raro, non è un problema del passato. In Toscana, nel periodo 2001-2006, si sono verificate 12 morti materne, vale a dire morti avvenute in gravidanza o entro 42 giorni dal suo termine (parto, aborto spontaneo - AS, interruzione volontaria di gravidanza - IVG).

Tra gli esiti del parto non si può tralasciare l'IVG, il cui ricorso è diminuito nel tempo. È però evidente un maggior rischio nella popolazione straniera e in particolare in alcune etnie. Negli stessi gruppi si registra una più elevata frequenza di IVG

ripetute, a sottolineare probabilmente una minore conoscenza o utilizzo dei metodi anticoncezionali. Rimane pressoché costante, invece, la proporzione di minorenni che ricorre IVG (3,0%). Su questa fascia di età sembrano avere influito in misura minore i cambiamenti culturali che hanno favorito la riduzione delle IVG nel loro insieme. Tra le ragazze adolescenti, però, si rileva una sessualità più responsabile, rispetto ai maschi, rivolta prevalentemente alla contraccezione piuttosto che alla problematica delle MTS.

Le differenze di genere nella salute si evidenziano già tra i bambini e sembrano essere dovute ad uno svantaggio biologico del genere maschile rispetto a quello femminile che inizia presumibilmente già in utero: fino ai 14 anni di età i maschi registrano tassi di ricovero, di morbilità e di mortalità superiori alle femmine. Fanno eccezione gli incidenti domestici, per i quali dai 6 ai 14 anni vi è invece un tasso maggiore per le femmine; ciò riflette semplicemente un diverso stile di vita a partire dalla prima infanzia.

Crescendo con l'età è necessario monitorare e prevenire i fattori di rischio che riguardano gli adolescenti. La densità e la variabilità e rilevanza di ciò che accade in età adolescenziale non ha confronti con le altre età: è in questo periodo in cui è più probabile iniziare a fumare, bere, guidare, usare droghe, tabacco. Si rimanda al capitolo relativo agli stili di vita la trattazione dell'abitudine al fumo e del consumo di alcol in età adolescenziale, e al capitolo sui problemi di salute la trattazione dell'uso di sostanze illegali. Dall'analisi dei comportamenti a rischio alla guida emerge che, nonostante in generale i maschi facciano registrare un numero maggiore di incidenti stradali, le femmine presentano in età adolescenziale dei rischi a volte anche superiori rispetto a quelli dei maschi coetanei, come ad esempio nel caso della "guida dopo aver bevuto troppo". Siamo infatti in presenza di una omogeneizzazione dei comportamenti, tipica di questa fascia d'età.

Altro fenomeno tipico dell'adolescenza è il bullismo. Esso riguarda sia i maschi che le femmine, ma con alcune differenze: i maschi mettono in atto prevalentemente azioni di bullismo diretto, colpendo indifferentemente sia maschi che femmine; le femmine, invece, utilizzano forme di bullismo indiretto prendendo di mira principalmente altre coetanee femmine, con una prevalenza di episodi di diffusione di informazioni false o cattive sul loro conto. In generale, le azioni di bullismo diminuiscono al crescere dell'età.

Concludendo con la salute degli anziani, si rileva che la maggiore longevità delle donne si accompagna a un profilo di salute, ma soprattutto funzionale, peggiore rispetto a quello dei maschi. Gli indicatori sulla qualità della vita confermano che nel complesso le anziane hanno una percezione più spesso negativa della propria vita e sul proprio stato di salute rispetto ai maschi. Gli indicatori specifici sullo stato di salute, mostrano che i livelli di comorbilità sono comparabili tra i due generi, anche se nelle fasce d'età più giovani sembra che stiano lievemente peggio gli uomini delle donne e viceversa nelle classi d'età più anziane. Sotto il profilo funzionale, invece, le donne sono effettivamente

molto più spesso portatrici di disabilità grave passati i 75 anni, mentre la disabilità nelle attività strumentali è comparabile come prevalenza in tutte le fasce d'età, anche se le donne risultano più spesso limitate in attività che implicano un movimento all'esterno della casa (spostamenti fuori casa e fare la spesa), nella gestione del denaro e, in età avanzata, dei farmaci. La demenza, dato il suo essere età-correlata, resta una malattia femminile, non tanto per le prevalenze di malattia strato-specifiche, più alte solo negli ultra85enni, quanto per la numerosità della casistica femminile nella popolazione, che fa sì che oltre il 67% dei malati di demenza siano donne.

Il **Capitolo 6** parla del ricorso ai servizi sanitari dalla prevenzione alla cura.

Le vaccinazioni e lo screening sono due strumenti efficaci per la prevenzione e il controllo delle patologie. Quando si parla di vaccinazioni e genere ha senso focalizzare l'attenzione sulla vaccinazione contro l'infezione dal virus del papilloma umano (HPV). Dal 2008 la Regione Toscana ha avviato una campagna di vaccinazione contro l'HPV 16 e 18, offerta attivamente e gratuitamente a tutte le ragazze nel dodicesimo e nel sedicesimo anno di vita. Il piano vaccinale ha raggiunto nel 2012 delle coperture dell'84% nelle ragazze della coorte del 1997, dell'81% per le coorti del 1998 e 1999. La vaccinazione si affianca al programma di screening oncologico per il tumore della cervice uterina rivolto alla popolazione femminile residente tra i 25 e i 64 anni, che ha raggiunto una copertura del 56%. Più elevata è invece l'adesione allo screening mammografico che ha raggiunto il 72,6% tra le donne residenti di età 50-69 anni. Lo screening per il tumore del colon-retto è rivolto a uomini e donne di età compresa tra i 50 e i 70 anni e si rilevano delle differenze di genere con una maggiore partecipazione delle donne rispetto agli uomini (51,7% vs 47,3% nel 2011).

Per quanto riguarda invece la cura si analizza il ricorso all'ospedalizzazione, ai servizi di emergenza-urgenza e all'uso di farmaci.

L'analisi dei ricoveri ospedalieri conferma la maggiore fragilità degli uomini rispetto alle donne. Il tasso di ospedalizzazione in regime ordinario aumenta con l'età nei due generi, ma è più elevato nei maschi per tutte le cause, eccetto che nella fascia di età 15-44 anni dove, per motivi legati al parto ed alle sue conseguenze, la donna supera l'uomo.

Per quanto riguarda il ricovero in day hospital (DH) vi sono due considerazioni da fare: oltre gli 85 anni di età i tassi sono nettamente superiori nei maschi. Tralasciando invece la classe 15-44 anni, che notoriamente comprende i problemi legati a gravidanza e sue complicanze, per le fasce 45-85 anni si nota un maggiore utilizzo da parte del genere femminile soprattutto per quanto riguarda il DH chirurgico: il dato è interessante, poiché denota il carico di patologie legato alla menopausa.

In Toscana, come in Italia, la popolazione immigrata ricorre in misura minore ai ricoveri ospedalieri e le differenze di genere sono attribuibili al parto e all'IVG. La

popolazione italiana, essendo più anziana, presenta patologie con un periodo di latenza più lungo, mentre la popolazione straniera presenta necessità in linea con quella dei migranti di prima generazione che si spostano prevalentemente con progetti di lavoro e che fanno parte di un gruppo mediamente più sano.

Non si rilevano, infine, importanti differenze di genere nel ricorso ai Pronto soccorso della Toscana, ad eccezione della fascia di età 0-14 anni, dove si rileva una prevalenza di accessi da parte dei maschi a conferma della maggior fragilità già riscontrata nei primi anni di vita.

La più lunga aspettativa di vita nel genere femminile rispetto a quello maschile non implica una migliore qualità della vita stessa: le donne affrontano un maggior carico di malattie e quindi, generalmente, assumono più farmaci.

In Toscana, nel 2012, 1.045 dosi di farmaci (DDD)/1.000 abitanti/die sono state dispensate alle donne, mentre 997 DDD/1.000 abitanti/die agli uomini. In linea con questi risultati, tra i soggetti di genere femminile è tendenzialmente superiore rispetto a quelli di genere maschile il numero di coloro ai quali sono prescritti in modo concomitante 5 o più farmaci appartenenti a gruppi diversi del Sistema di classificazione anatomico terapeutico e chimico (ATC). Sembra inoltre che la maggior aspettativa di vita delle donne ed il loro maggior rischio di sviluppare reazioni avverse ai farmaci siano parte in causa nella riduzione della terapia farmacologica antiipertensiva e per le dislipidemie nel genere femminile rispetto a quello maschile.

Come emerge da queste informazioni, sembra vi sia la necessità di intervenire sul trattamento di determinate patologie, in particolare per il genere femminile progettando specifici percorsi diagnostico-terapeutici di genere, perché anche in Toscana, come nel resto del mondo, le donne vanno più frequentemente incontro a reazioni avverse che, fra l'altro, presentano anche una maggiore gravità.

Nel 2010 hanno fatto ricorso alle medicine complementari (MC) presso le strutture del Servizio sanitario regionale (in Toscana le MC sono incluse nei livelli essenziali di assistenza) più donne che uomini (72% vs 28%). Secondo l'indagine ARS del 2009, non si rilevano però importanti differenze di genere nel ricorso alle MC e alle medicine non convenzionali, ad eccezione dell'erboristeria che è più usata dalle donne rispetto agli uomini, mentre negli anni precedenti la propensione al ricorso di queste terapie era più marcata nel genere femminile anche a livello nazionale.

Infine, ma non meno importante, una parentesi sui trapianti. In Toscana, come in Italia, le donne sono più inclini alla donazione. Sono prevalentemente loro ad esprimere in vita la propria volontà in merito alla donazione degli organi e tessuti dopo la morte, anche se finora sono poche le persone in generale che hanno espresso le loro volontà. Il dato è speculare a quello delle opposizioni: a dire no alla donazione sono più gli uomini che le donne.

Anche davanti allo scenario della perdita, nei colloqui con i familiari, quando si arriva alla proposta di donazione, è più facile osservare come le donne si schierino per la prosecuzione della vita, apparente invece gli uomini, in questo contesto, più *paralizzati*, meno capaci di immaginarsi in nuove realtà, quindi meno disponibili a rapidamente distaccarsi dal corpo del proprio caro.

Per quanto riguarda invece i donatori effettivi, la segnalazione di casi di morte encefalica è, anche se di poco, più frequente nei maschi che nelle femmine sia a livello regionale sia nazionale. Le cause di morte prevalenti sono di origine vascolare spontanea in età media elevata e il trauma cranico. La prima causa vede coinvolte prevalentemente le donne, probabilmente perché sono più longeve, mentre la seconda vede più numerosi gli uomini che sono più esposti al trauma in età giovanile. A prevalenza maschile è invece la presenza in lista di attesa, il decesso in lista di attesa e la percentuale di coloro che finalmente accedono al trapianto.

Nel **Capitolo 7** vengono trattati i temi della violenza di genere, dei maltrattamenti e degli abusi sui minori, della tratta e sfruttamento di esseri umani.

La violenza sulle donne è un tema di costante attualità e spesso, ancora oggi, rimane impunita a causa della natura intima e/o sessuale di queste azioni.

Allo scopo di affrontare con maggior determinazione questo fenomeno, la Regione Toscana ha istituito sul proprio territorio numerosi Servizi in grado di rispondere in modo adeguato ai bisogni espressi da coloro che vivono questo tipo di esperienza, monitorandone anche l'andamento nel corso degli anni. A questo proposito, nel 2007, è nato l'Osservatorio regionale sulla violenza di genere che, attraverso la raccolta e l'elaborazione di dati provenienti dai Centri antiviolenza, dai consultori e dai Servizi territoriali, svolge un'azione sinergica tra i soggetti coinvolti ampliando la conoscenza delle problematiche relative alla violenza di genere, armonizzandone gli interventi sul territorio. Nel corso di questi anni, ben 5.723 donne di età \geq ai 15 anni si sono rivolte ai centri antiviolenza ricevendo assistenza sia di carattere sanitario che psicologica. Al fine di facilitare ulteriormente l'avvicinamento delle vittime al circuito assistenziale, è nato il progetto "Codice rosa" che, dopo un primo avvio in 5 Aziende USL della Toscana, sarà ampliato a tutto il territorio regionale. Soltanto nel 2012 questo progetto è riuscito ad intercettare ben 1.455 casi di violenza accertata che, in 141 casi, ha coinvolto minori con atti di maltrattamento e di violenza sessuale.

Su quest'ultimo tema, fin dal 1992, è stato istituito presso il Dipartimento assistenziale integrato materno-infantile dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Careggi, il Servizio contro la violenza sulle donne che, nel 1999, è diventato Centro di riferimento regionale per la violenza e l'abuso sessuale sulle donne e sulle minori (CRRV). Nel corso degli anni, il CRRV ha accolto 728 donne di cui 526 adulte ma, osservandone l'andamento nel tempo, è chiaro l'incremento numerico avvenuto nel corso degli ultimi anni. Le donne che accedono a questo servizio sono prevalentemente italiane (76,2%), ad evidenziare che, trattandosi di un fenomeno che notoriamente

coinvolge le donne di tutto il mondo, le straniere, per difficoltà informative e/o retaggi culturali, ne usufruiscono in misura minore, continuando a convivere con la violenza.

Attenzione particolare va rivolta ai minori che hanno subito atti di violenza. Su questo tema, da oltre un decennio, è attivo il Centro regionale infanzia e adolescenza che, grazie alla collaborazione con i servizi territoriali, gestisce problematiche connesse alle inadeguatezze genitoriali, alle condizioni culturali e sociali dei nuclei familiari e alla loro capacità di rispondere adeguatamente ai bisogni affettivi e di sviluppo dei figli. Questa particolare prospettiva testimonia il costante aumento dei maltrattamenti in ambito familiare: nel triennio 2009-2011 i casi passano infatti, rispettivamente, da 993 a 1.196, per un incremento percentuale del 20%; una tendenza, questa, confermata dai dati del 2012 che si attestano su 1.262 minori e segnano un incremento percentuale del 5% rispetto all'anno precedente.

L'importanza del fenomeno minorile ha fatto nascere, nel 2005, il Gruppo abusi infanzia e adolescenza (GAIA) con l'obiettivo specifico di prendersi cura, attraverso una gestione multidisciplinare, dei bambini vittime di sospetto abuso e/o maltrattamento. Anche in questo specifico contesto, l'attività ha visto aumentare le richieste d'intervento passando da circa 20 casi/anno a 70 nel 2012 e a 43 registrati solo nel I semestre 2013, con differenze di genere che distinguono le femmine non tanto per il numero di atti subiti, ma per la tipologia che le vede, ancora una volta, vittime di abusi sessuali.

Lo scenario di maltrattamenti e di abusi, termina con un fenomeno che rappresenta in modo emblematico una forma moderna di schiavitù: la tratta e lo sfruttamento di esseri umani.

Il sistema di interventi contro la tratta di esseri umani in Toscana nasce nel 2011, quando il Dipartimento per le pari opportunità (DPO) della Presidenza del Consiglio dei ministri emette il primo Bando congiunto per la concessione di contributi per la realizzazione di interventi a favore delle vittime di tratta e grave sfruttamento. Questo ha dato vita a numerose attività sia di sistema che trasversali (come il numero verde regionale, le unità mobili territoriali, gli accompagnamenti presso i servizi sociali ecc.), in grado di far emergere un sommerso di violazione dei diritti umani che porta con sé la lesione della libertà personale e della dignità della persona.

Nel **Capitolo 8** si parla invece di formazione alla medicina di genere e della necessità di introdurre all'interno del nostro sistema formativo una serie di elementi per cui l'attenzione alle differenze di genere esistenti sia regolarmente e sistematicamente oggetto di formazione. L'obiettivo di una formazione adeguata dovrà essere quello di garantire l'equità di approccio, diagnostico, valutativo e terapeutico, in modo da giungere nella formazione complessiva in ciascuna delle specialità, nella medicina interna e nella geriatria ad inserire un gruppo di momenti formativi che affronti specificamente il problema delle differenze di genere. Nella formazione dovranno essere sottolineate le evidenze differenziali di genere già rilevate, le aree grigie dove ancora le evidenze non esistono o sono ambigue e le aree in cui invece possiamo già in base alle

evidenze esistenti sapere e quindi sapere utilizzare questo sapere in modo operativo. Il continuo accrescere delle conoscenze e la comparsa delle nuove evidenze potranno progressivamente consentirci di inserire in ciascuno dei momenti formativi clinici elementi specifici di evidenza di genere.

Capitolo 1

Cos'è la medicina di genere

1. Cos'è la medicina di genere

Flavia Franconi - Università degli Studi di Sassari, Istituto nazionale biostrutture biosistemi, Osilo-Sassari

Giuseppe Seghieri, Lucia Turco - Azienda USL 3 di Pistoia

Francesco Cipriani - ARS Toscana

Sesso e genere

Il termine “genere” deriva dal latino *genus* ed esprime il senso della provenienza, della progenie, della parentela, della famiglia, ma anche dell’universalità, degli uomini e delle donne, e va ben oltre il concetto di maschio e femmina, come ben evidenziato da Attilio Mastino (2013). Dalla seconda metà del secolo scorso, il termine “genere” è stato utilizzato per indicare l’influenza della società e della cultura su un corpo maschile o femminile ed ha prevalso sul sesso (usato per indicare le differenze biologiche fra maschio e femmina) perché considerato politicamente più corretto. Talvolta, il termine “genere” è stato usato al posto di donne, tanto che per alcuni, genere è uguale a donna, mentre altri l’hanno usato come sinonimo di sesso. Infine, altri lo hanno considerato dicotomico rispetto al sesso (Argyrous, Stilwell, 2003). Tutto ciò ha prodotto una grande confusione per cui dobbiamo affermare che la medicina di genere richiama anche il corpo (Wizemann, Pardue, 2001; WHO, 2009) e che necessariamente essa comprende gli uomini e le donne. In questo contesto, ricordiamo che Fausto-Sterling (1992, 2005) ha elegantemente evidenziato che fenomeni eminentemente corporei come la dimensione corporea, l’osteoporosi possono essere influenzate dagli stili di vita e che le differenze biologiche possono essere modificate dal genere o, se preferite, dall’ambiente e dalla società in cui una persona vive suggerendo che tra sesso e genere esistono interazioni complesse e costanti, tanto che non è più possibile distinguere il ruolo dell’uno e dell’altro suggerendo che è opportuno associare i due concetti (Franconi 2010).

Ciò porta all’adesione al concetto biosociale della salute e della medicina obbligandoci ad aderire a nuovi paradigmi sperimentali (Franconi, Sassu, Zuppiroli, 2012) che necessariamente devono essere intersettoriali. Quindi la medicina di genere non si limita alle donne ma crea nuovi prototipi di salute anche per l’uomo incorporando gli aspetti biologici con quelli sociali, dando valore alle differenze e riconoscendo le somiglianze fra donna e uomo per arrivare all’equità della cura.

Le donne non sono piccoli uomini: il riconoscimento delle differenze

Storicamente, le donne sono state considerate “piccoli uomini” con la sola esclusione degli organi deputati alla riproduzione, tanto che si è parlato di *Bikini Medicine*. Si è creata così una medicina androcentrica, focalizzata soprattutto, se non esclusivamente, sull’uomo caucasico giovane (Marino et al, 2011). Ciò ha fatto sì che gli esperti e i comitati internazionali abbiano estrapolato alla donna e ad altre minoranze i valori ottenuti nell’uomo e ciò ha inevitabilmente condotto ad una medicina meno basata sull’evidenza nelle donne.

Eppure le differenze sono numerose e significative. Ad esempio, le donne vivono più a lungo (O.N.Da, 2009) rispetto agli uomini. Ciò sembra dipendere sia da fattori biologici che sociali. È stato, infatti, calcolato che il fumo potrebbe essere responsabile per il 10-60% del *gender gap* nell’aspettativa di vita (McCartney et al, 2011). Tuttavia, nel mondo animale, vive più a lungo chi è omogametico (XX) (Liker et al, 2005) indicando anche l’importanza dei fattori genetici.

La maggiore longevità della donna si accompagna a una peggiore salute rispetto all’uomo (paradosso donna). Infatti, sopra i 65 anni, una percentuale maggiore di donne ha tre o più malattie croniche rispetto agli uomini. Inoltre le donne soffrono di maggiore disabilità (Oksuzyan et al, 2009). Ciò, associato alla più lunga aspettativa di vita della donna, fa sì che le donne vivranno da anziane un periodo di solitudine, di malattia e di povertà (CNEL, 2009).

Società e salute: stato socio-economico e *caregiver*

Un basso stato socio-economico è associato a maggiori morbilità e morbidità essendo l’associazione particolarmente importante per le donne (Fano et al 2012), anche perché le donne, soprattutto in età avanzata, hanno un più basso stato economico e sociale (Rapporto CNEL, 2009). D’altra parte è oramai noto che il modo di lavorare dei nostri geni è influenzato dallo stato economico e dal tipo di lavoro. Infatti, i lavori manuali e il basso stato economico riducono la metilazione del DNA (McGuinness et al, 2012).

Le donne, inoltre, svolgono maggiormente il ruolo di *caregiver* (ISTAT, 2007). Evidentemente, ciò le penalizza nel lavoro extradomestico, impedisce lo sviluppo delle loro capacità, l’astensione dal lavoro per maternità e la cura dei figli sono, ad esempio, i principali motivi di discriminazione diretta e indiretta nei confronti delle donne. Ciò genera stress che può causare depressione, malattie cardiovascolari e così via, potendo lo stress anche modificare la risposta farmacologica (Glaser et al, 2000). Quindi il basso stato sociale e il ruolo di caregiver influenzano pesantemente la salute delle donne e ciò contribuisce al cosiddetto “paradosso donna”.

Età e differenze di genere

In alcuni casi, le differenze di genere possono iniziare in utero (Drevenstedt et al 2008) e la precocità delle differenze assume una particolare importanza nella patogenesi di alcune malattie (Andersen et al 2010). In altri casi sono visibili nella pubertà. Un esempio eclatante, per le conseguenze che ha sulla sicurezza dei trattamenti farmacologici, è la durata del tratto QT dell'elettrocardiogramma (Franconi et al, 2011). Questo diventa più lungo nelle donne fertili rispetto all'uomo e ciò rende le donne più suscettibili verso la sindrome del QT lungo iatrogena. Quindi il sesso-genere e l'età devono essere coniugati insieme.

Osservato e osservatore

La medicina di genere, 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.

Conclusioni

Come già sosteneva Aristotele, «il tutto è più della somma delle parti» e per studiare e conoscere «il tutto» è necessario aderire all'interdisciplinarità e/o alla intersettorialità. Solo applicando l'intersettorialità è, infatti, possibile prendere atto dell'influenza dei diversi ruoli sociali rivestiti da donne e uomini sulla salute e solo se gli esperti delle scienze sociali, della scienza della vita lavoreranno insieme potremo trovare le migliori soluzioni per le donne e gli uomini arrivando così ad una medicina più basata sull'evidenza per tutti.

Bibliografia

- Argyrous G, Stilwell F (2003). Economics as a Social Science: Readings in Political Economy, second ed. Pluto Press.
- Andersen LG et al Birth weight, childhood body mass index and risk of coronary heart disease in adults: combined historical cohort studies. PLoS One. 2010 29;5(11):e14126.
- Drevenstedt GL et al The rise and fall of excess male infant mortality. Proc Natl Acad Sci U S A 2008;105:5016–5021
- Fano V et al The role of socio-economic factors on prevalence and health outcomes of persons with diabetes in Rome, Italy. Eur J Public Health. 2012
- Franconi F et al (2011) The Effect of Sex/gender on cardiovascular pharmacology Curr Pharm Des 17, 1095-1107.

- Franconi F et al (2010) (Eds) Farmacologia di Genere. Seed Torino.
- Franconi F et al (2012) “Sex-Gender Medicine”: motore di innovazione, di sviluppo economico e di equità. In Genere e Saperi. Un esplorazioni fra discipline umanistiche e tecnoscientifiche eds Veronesi L, Chizzola V, Alfieri F. Fondazione Bruno Kessler –Editoria. Bolzano.
- Fausto-Sterling A (1992) Myths of gender: Biological theories about men and women. Basic Books, New York.
- Fausto-Sterling A (2005) The bare bones of sex: part 1 – sex and gender. Signs 30, 1491–1527.
- Glaser R et al (2000) Chronic stress modulates the immune response to a pneumococcal pneumonia vaccine. Psychosom Med 62:804-807
- ISTAT, La vita quotidiana nel 2006, Roma, 2007.
- Liker A, Szekely T (2005)) Mortality costs of sexual selection and parental care in natural populations of birds. Evolution 59:890–897
- Marino M et al (2011) Nutrition and human health from a sex-gender perspective. Mol Asp Med.;32:1-70.
- Mastino A, (<http://www.attiliomastino.it/>
- McCartney G et al (2011) Contribution of smoking-related and alcohol-related deaths to the gender gap in mortality: evidence from 30 European countries. Tob Control 20:166–168
- McGuinness D et al (2012) , Socio-economic status is associated with epigenetic differences in the pSoBid cohort. Int J Epidemiol 41:151-60)
- Ministero della Salute, Lo stato di salute delle donne in Italia. Primo rapporto sui lavori della commissione, “Salute delle Donne”, Roma, 2008.
- Oksuzyan A et al (2009) The male-female health–survival paradox: a survey and register study of the impact of sex-specific selection and information bias. Ann Epidemiol 19:504–511
- O.N.Da, La salute della donna. Stato di salute e assistenza nelle regioni italiane, Libro bianco 2009, Franco Angeli, Milano, 2009
- Rapporto del CNEL, Il lavoro che cambia, Roma, 2009.
- Wizemann TM, Pardue, ML (2001). Exploring the biological contributions to human health: Does sex matter? Washington D.C. National Academy of Sciences.
- WHO World Health Organization (2009), Women and health: today's evidence tomorrow's agenda, Report, WHO, <http://www.who.int/gender/en/>.

Capitolo 2

Profilo generale

Dinamiche demografiche

Istruzione e lavoro

Mortalità

Percezione di salute

2. Profilo generale

2.1 Dinamiche demografiche

Lisa Gnaulati - ARS Toscana

2.1.1 Struttura della popolazione

I residenti in Toscana al gennaio 2012 sono 3.667.780, di cui 1.759.289 maschi (48%) e 1.908.491 femmine (51%). Nei 150 anni intercorsi dal primo censimento italiano (1861) la popolazione toscana è quasi raddoppiata. Nel 2012, rispetto al precedente censimento del 2001, la popolazione complessiva nella nostra regione è cresciuta di 120.176 unità (+3,4%); l'aumento della popolazione è quasi interamente imputabile alla crescente presenza della popolazione straniera che in un decennio è più che triplicata, con un'incidenza che è salita da 3,1 a 9,7 stranieri per cento censiti, con un totale di 322.811 stranieri iscritti nell'anno 2011, 25.406 stranieri in più rispetto al 2010.

Anche se di poco, come atteso, nascono più maschi che femmine, ma già in età adulta, intorno ai 40 anni, le femmine sorpassano numericamente i maschi, staccandoli con inesorabile progressione con l'avanzare dell'età, tanto che quelle che arrivano a superare gli 80 anni si ritrovano ad essere il doppio dei maschi (**Figura 2.1**). La struttura per età della popolazione mostra inoltre, per entrambi i generi, che i giovani (età inferiore ai 25 anni) sono numericamente inferiori alla popolazione di oltre 65 anni. Questo fenomeno è evidente soprattutto nella popolazione femminile perché, come è noto, le donne vivono più a lungo degli uomini.

In particolare, la popolazione toscana è tra le più vecchie in Italia (183 anziani ogni 100 giovani nel 2011), seconda solo alla Liguria e al Friuli-Venezia Giulia (rispettivamente 232 e 186 anziani ogni 100 giovani). Rispetto al valore nazionale, nel corso degli anni, in Toscana, il rapporto tra gli ultra65enni e i minori di 15 anni (indice di vecchiaia) ha sempre mostrato valori nettamente superiori e sempre in crescita (**Figura 2.2**).

Osservando l'indice suddiviso fra maschi e femmine (**Figura 2.3**), si può notare che nel 2011 la popolazione femminile presenta valori dell'indice di vecchiaia notevolmente più elevati; infatti, fra la popolazione anziana è predominante la componente femminile.

In Toscana, nel 2012, l'indice demografico di dipendenza¹ presenta un valore pari al 58%, ciò significa che 100 persone in età attiva (15-64 anni), oltre a dover far fronte alle proprie esigenze, hanno teoricamente "a carico" altre 58 persone (giovani e anziani), che risultano quindi dipendenti. Nello stesso anno, la Toscana si pone tra le regioni con indice

¹ L'indice di dipendenza strutturale è il rapporto tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

demografico di dipendenza tra i più elevati, inferiore soltanto alla Liguria (62%) e superiore al valore nazionale (52%). Le opportunità occupazionali per i giovani toscani, derivanti dai posti di lavoro lasciati disponibili da coloro che si accingono a lasciare l'attività lavorativa per limiti di età, sono tra le più elevate in Italia. Nel 2012, in Toscana, l'indice di ricambio² si attesta sul valore di 161,7 ogni 100 giovani, evidenziando quindi uno squilibrio che produrrà nel tempo un prevedibile carico pensionistico per le generazioni future.

Figura 2.1
Struttura per età della popolazione toscana al 1 gennaio 2012

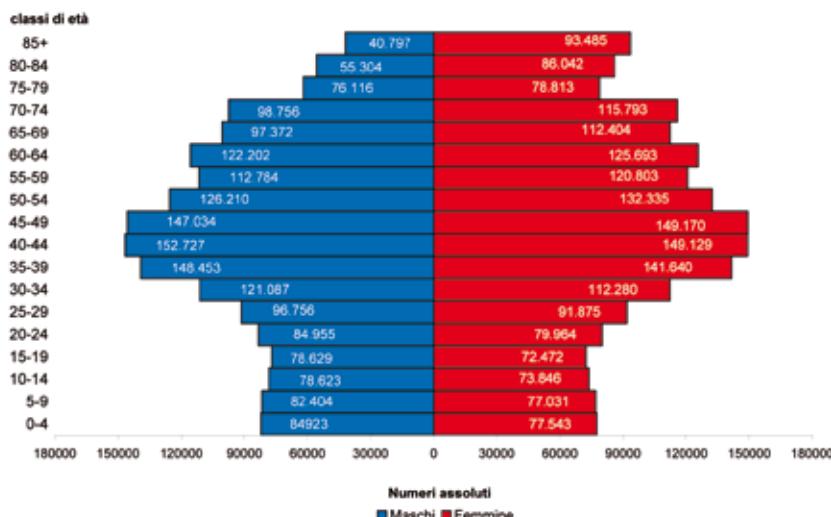
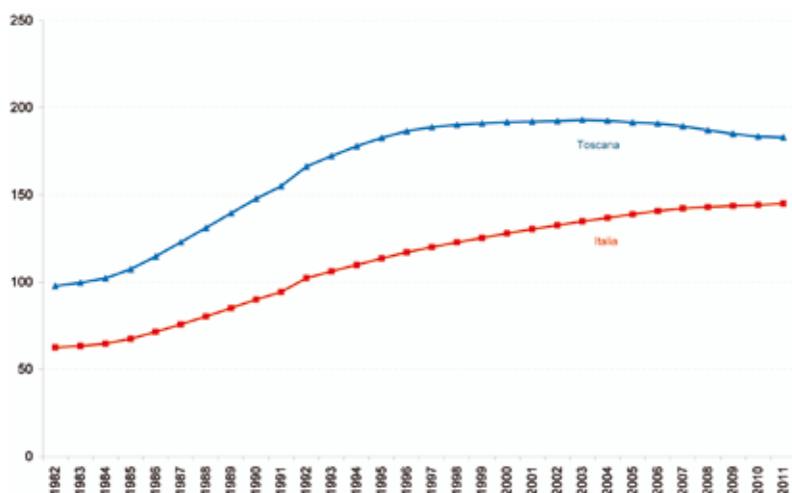


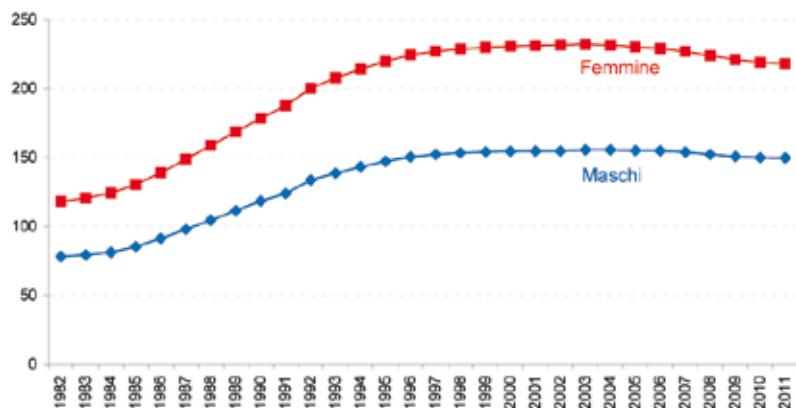
Figura 2.2
Indice di vecchiaia (numero di anziani oltre i 64 anni per 100 giovani di età inferiore ai 14 anni): Toscana e Italia, anni 1982-2011



² L'indice di ricambio è un indicatore demografico che rapporta la popolazione residente in età 60-64 anni alla popolazione in età 15-19.

Figura 2.3

Indice di vecchiaia (numero di anziani oltre i 64 anni per 100 giovani di età inferiore ai 14 anni): Toscana, suddivisione per genere, anni 1982-2011

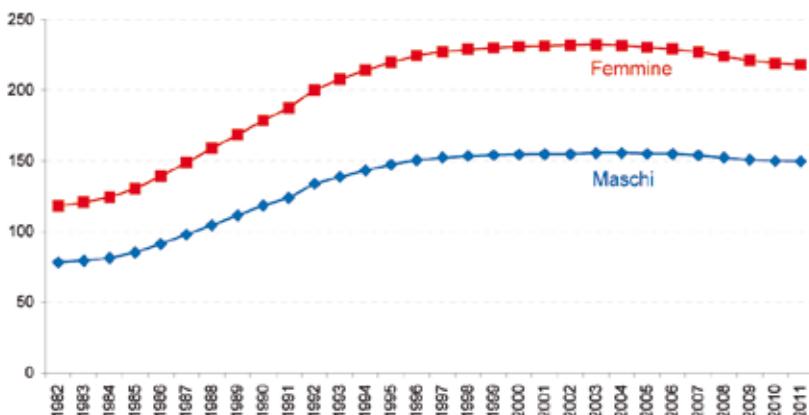


2.1.2 Speranza di vita

Una donna toscana alla nascita può aspettarsi di vivere 85 anni, mentre un uomo toscano 80 anni: le donne vivono quindi circa 5 anni in più degli uomini. Valori lievemente inferiori si osservano anche nella popolazione italiana: 84,5 anni è la speranza di vita alla nascita per una femmina e 79,4 anni è quella per un maschio. Il trend trentennale toscano evidenzia un progressivo incremento negli anni della speranza di vita, per entrambi i generi (**Figura 2.4**). Dalla fine dell'Ottocento la vita media degli italiani è quasi raddoppiata e, dopo aver registrato due drastici cali nella prima metà del Novecento in corrispondenza della Prima e Seconda guerra mondiale, è oggi fra le più alte d'Europa.

Figura 2.4

Speranza di vita alla nascita per genere: Toscana, anni 1980-2011

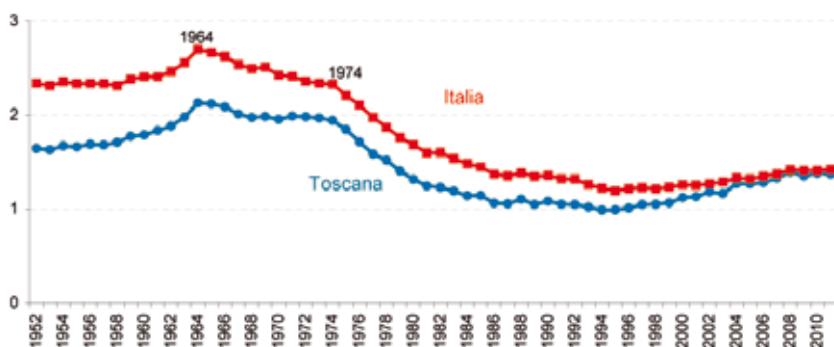


In pratica, negli ultimi 50 anni, l'aspettativa di vita alla nascita è cresciuta a livello nazionale di tre mesi ogni anno. Il guadagno di anni di vita negli anni Sessanta era sostenuto perlopiù dalla diminuzione della mortalità infantile e giovanile, mentre a partire dagli anni '80 è causato dalla riduzione progressiva della mortalità nelle età più anziane. Sono soprattutto le donne di oltre 65 anni ad avvantaggiarsi dei maggiori guadagni di sopravvivenza, anche se in misura minore dopo gli 80 anni.

2.1.3 Natalità e fecondità

Mentre gli anni di vita vissuti aumentano, le nascite diminuiscono. Dopo il baby boom degli anni '60, negli anni '70 inizia il declino delle nascite; già nel 1975 le donne hanno in media meno di due figli, soglia che garantirebbe il ricambio generazionale (**Figura 2.5**). Dagli anni '80 le nascite diminuiscono sempre più velocemente. La Toscana, che ha sempre registrato tassi di fecondità³ più bassi rispetto all'Italia, ha raggiunto il livello minimo di fecondità nel 1994 e poi il numero di figli per donna è cresciuto fino a raggiungere il livello nazionale. Oggi il numero medio di figli per donna è di 1,4 e la tendenza recente alla ripresa è legata ai crescenti fenomeni migratori.

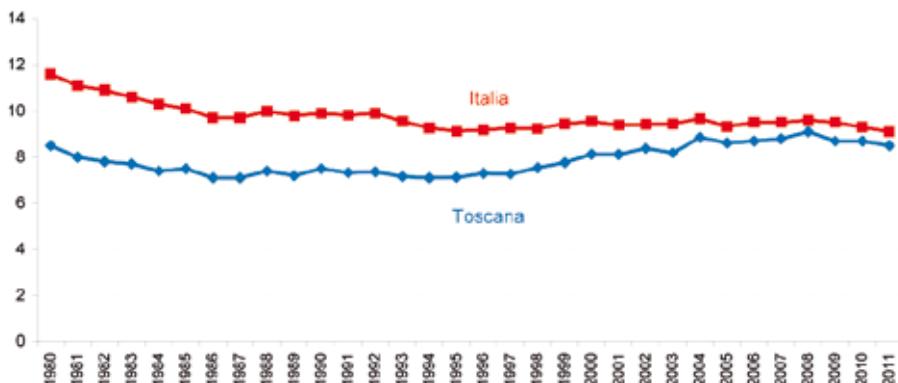
Figura 2.5
Tassi di fecondità (numero medio di figli per donna in età fertile): Toscana e Italia, anni 1952-2011 (fonte: ISTAT, Serie storiche)



Nel 2011, in Toscana, il tasso di natalità è pari a 8,5 nati ogni 1.000 abitanti, rispetto al dato nazionale di 9,1 nati ogni 1.000 abitanti (**Figura 2.6**). Rispetto agli anni precedenti si è assistito a una inversione di tendenza: a metà degli anni Ottanta il tasso di natalità nella nostra regione era di oltre tre punti più basso rispetto alla media nazionale (circa 7 nati ogni mille abitanti rispetto a 10). La Toscana si colloca oggi al sesto posto insieme al Piemonte come regione a più basso tasso di natalità, mentre il primo posto è detenuto dalla Liguria con un valore del 7,3 per 1.000 abitanti.

³ Il tasso di fecondità totale è il numero medio di figli per donna in età compresa fra i 15 e i 49 anni.

Figura 2.6
Tassi di natalità (numero di nati per 1.000 abitanti) Toscana e Italia, anni 1980-2011



Le donne fanno meno figli e diventano madri più tardi; mentre nel 1980 l'età media al parto era di 27,5 anni (26,9 anni per il primo figlio), nel 2011 questa è pari a 31,6 anni (30 anni per il primo figlio), con una differenza tra le donne toscane e quelle straniere: queste ultime fanno più figli e partoriscono prima, all'età media di 27,9 anni rispetto ai 32,7 anni delle toscane. L'età media del padre alla nascita del figlio è maggiore rispetto a quella della compagna: 35 anni nel 2011.

2.1.4 La popolazione straniera

Nel 2011, in Toscana, i decessi hanno superato le nascite di 10.119 unità (quoziente di incremento naturale pari a -2,8 per 1.000 residenti). Nonostante questo, la popolazione toscana continua, in termini assoluti, a crescere (19.683 residenti in più rispetto al 2010, +0,5%). Questa crescita è dovuta al saldo migratorio positivo, +4,3% nel 2011, perché ci sono 15.638 immigrati in più rispetto agli emigrati.

Nel periodo 2003-2011 la popolazione straniera residente in Toscana è triplicata, passando da poco meno di 130mila persone a circa 364mila: la componente femminile, che fino al 2010 ha presentato valori lievemente inferiori a quella maschile, nel 2011 la supera di 20mila unità; contestualmente è aumentata la proporzione degli stranieri sul totale della popolazione residente, da 3,6 stranieri per 100 censiti a 9,7 (Figura 2.7). Tale incremento è anche conseguente all'entrata in vigore delle leggi n. 189 e n. 222 del 2002 che hanno favorito la regolarizzazione di molti stranieri già presenti nel territorio. Inoltre, dal 1 gennaio 2004, otto Paesi dell'Europa dell'Est, con Cipro e Malta, sono entrati a far parte dell'Unione Europea, seguiti da Bulgaria e Romania a partire dal 2007. Nel 2011 la proporzione di cittadini stranieri è di due punti superiori alla media nazionale; la Toscana si colloca tra le regioni con le presenze straniere più elevate in Italia. La prevalenza di stranieri è più elevata nella popolazione residente femminile rispetto a quella maschile a partire dai 20 anni di età. Gli stranieri sono una popolazione giovane: il 18% dei residenti stranieri è

in età scolare (0-14 anni), mentre il 59% ha un'età compresa tra i 15 e 44 anni; la presenza di anziani (+65 anni) è bassissima: 3% (**Figura 2.8**). La maggior parte degli stranieri (93,3%), così come a livello nazionale, proviene da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM). Sono prevalentemente di genere femminile gli stranieri provenienti dall'Europa dell'Est (109mila unità vs 86mila maschi), e dall'America Centromeridionale (14mila,400 vs 8mila 200 maschi) e di genere maschile quelli provenienti dall'Africa settentrionale (22mila vs 14mila 400 femmine) (**Tabella 2.1**). Analizzando le singole nazionalità, alcune si caratterizzano per una forte presenza maschile, come Senegal (rapporto di mascolinità 4,0), Pakistan (2,2), Bangladesh, Egitto e Algeria (2,1); altre etnie invece si caratterizzano per una forte presenza femminile: Georgia (rapporto di mascolinità 0,1), Ucraina (0,2), Polonia, Bulgaria e Cuba (0,3), Russia e Brasile (0,4). In generale, tra gli stranieri provenienti da Paesi a sviluppo avanzato (PSA), le femmine sono 1,6 volte i maschi.

Figura 2.7
Percentuale di stranieri sulla popolazione residente in Toscana per genere al 01/01, anni 2003-2011

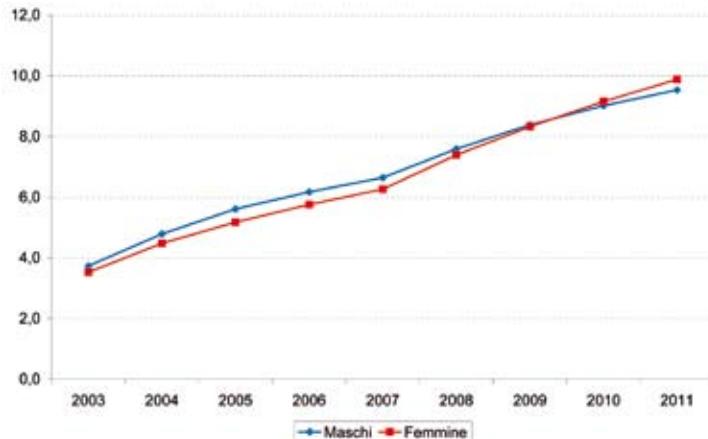


Figura 2.8
Percentuale di stranieri residenti in Toscana per classe di età e genere al 01/01/2011

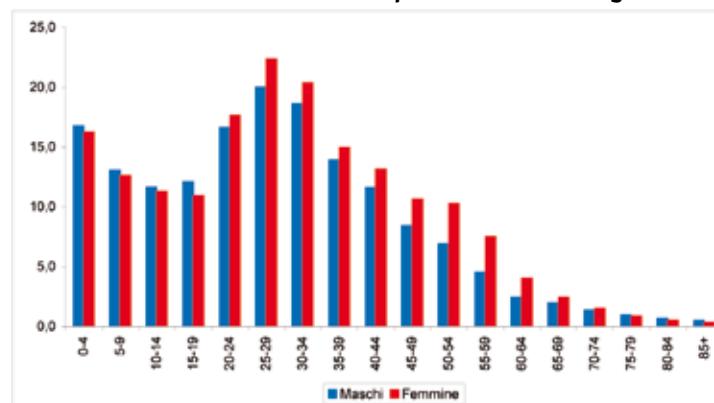


Tabella 2.1
Stranieri residenti in Toscana per area di provenienza e genere al 01/01/2011

Area di provenienza	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Europa occidentale	7.709	4,5	12.114	6,3	19.823	5,4
Europa centro-orientale	86.328	50,2	109.121	56,8	195.449	53,7
Asia	35.421	20,6	33.858	17,6	69.279	19,0
Africa settentrionale	22.006	12,8	14.426	7,5	36.432	10,0
Africa centro-meridionale	11.190	6,5	6.441	3,4	17.631	4,8
America settentrionale	1.005	0,6	1.509	0,8	2.514	0,7
America centro-meridionale	8.254	4,8	14.459	7,5	22.713	6,2
Oceania	93	0,1	169	0,1	262	0,1
Apolidi	22	0,0	27	0,0	49	0,0
PFPM	162.627	94,5	177.063	92,2	339.690	93,3
PSA	9.379	5,5	15.034	7,8	24.413	6,7

2.1.5 Nuzialità, separazioni e divorzi

Lo stato civile della popolazione toscana nel 2012 mostra comportamenti simili nei due generi; la vedovanza, data la maggiore longevità del genere femminile, mostra un valore 5 volte superiore nelle donne rispetto agli uomini (**Tabella 2.2**).

Tabella 2.2
Stato civile della popolazione toscana al 01/01/2012

	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Celibi	770.280	43,8	679.340	35,6	1.449.664	39,5
Coniugati	903.602	51,4	919.895	48,2	1.823.548	49,7
Divorziati	34.420	2,0	49.537	2,6	83.959	2,3
Vedovi	50.987	2,9	259.719	13,6	310.709	8,5
Totale	1.759.289	100,0	1.908.491	100,0	3.667.880	100,0

Nel 2011 sono stati celebrati 12.463 matrimoni (3,3 ogni 1.000 abitanti), 2.304 in meno rispetto al 2005, di cui il 56% officiati con rito civile. Le unioni religiose diminuiscono considerevolmente (-31% rispetto al 2005), mentre quelle civili aumentano lievemente (+2,5% rispetto al 2005). In aumento sono i matrimoni in cui almeno uno dei due sposi è straniero (23% del totale); le unioni tra sposo italiano e sposa straniera superano di 4 volte quelle tra una donna italiana e un uomo straniero, mentre quelli officiati a sposi entrambi stranieri rappresentano l'11,4% del totale dei matrimoni.

Le nozze sono sempre più tardive: l'età media al primo matrimonio degli uomini è pari a 35 anni e quella delle donne a 32 anni. Il 34,2% delle unioni è in regime di comunione dei beni.

Per quanto riguarda i tassi nuzialità, ogni 10 celibi in età 16-49 anni, 4 si sposano; su 10 nubili nella stessa fascia di età, circa 5 di loro contraggono matrimonio.

Nel 2011, in Toscana, le separazioni sono state 5.562 e i divorzi 4.070. I tassi di separazione totale sono in continua crescita: nel 1995 per ogni 1.000 matrimoni si contavano 169,7 separazioni, nel 2011 si arriva a 337,5. La durata media del matrimonio al momento dell'iscrizione a ruolo del procedimento risulta pari a 15 anni per le separazioni e a 18 anni per i divorzi. L'età media alla separazione è di circa 45 anni per i mariti e di 42 per le mogli. Questi valori sono aumentati negli anni per effetto della posticipazione delle nozze in età più mature e per la crescita delle separazioni con almeno uno sposo ultrasessantenne. La tipologia di procedimento scelta in prevalenza dai coniugi è quella consensuale: nel 2011 si sono concluse in questo modo l'87,4% delle separazioni e il 74,9% dei divorzi. Il 70,8% delle separazioni e il 62,4% dei divorzi hanno riguardato coppie con figli avuti durante il matrimonio. Il 91,4% delle separazioni di coppie con figli ha previsto l'affido condiviso. L'80,2% dei nuclei monogenitore sono costituiti da donne sole con figli. Nel 56% delle separazioni la casa è assegnata alla moglie, nel 21,4% al marito, mentre nel 19,1% dei casi si prevedono due abitazioni autonome e distinte, ma diverse da quella coniugale. Nel 17,2% delle separazioni è previsto un assegno mensile per il coniuge (nel 98% dei casi corrisposto dal marito).

2.2 Istruzione e lavoro

Natalia Faraoni - IRPET

La distinzione di genere rappresenta una variabile cruciale per comprendere gli aspetti collegati all'istruzione, al lavoro e all'autonomia economica. Si tratta infatti di interpretare le differenze ascrivibili a ruoli socialmente costruiti che, seppure basati su differenze biologiche, sono il risultato di un apprendimento culturale e tendono a modificarsi nel tempo (Piccone Stella e Saraceno, 1996). Molti studiosi sottolineano come, mediamente, le donne occupate siano presenti soprattutto in specifici settori del mercato del lavoro (la pubblica amministrazione, l'istruzione, la sanità e i servizi sociali), come le ore di lavoro retribuito siano assai inferiori se confrontate con quelle dei colleghi uomini e come, infine, le posizioni professionali siano quelle subordinate e nelle fasce di reddito più basse (Alesina e Ichino, 2010; Del Boca e Rosina, 2009; Ferrera, 2008). Ci si riferisce a una realtà aggregata denunciata da tempo che, però, non rende conto delle profonde differenze che caratterizzano il nostro paese: quelle generazionali, quelle legate al livello di istruzione e quelle territoriali, tra aree metropolitane e zone più periferiche, tra Centro-Nord e Mezzogiorno. La Toscana presenta alcune peculiarità rispetto al dato italiano, che ne fanno una “regione di mezzo”, sebbene in movimento.

Un primo elemento rilevante è costituito dai livelli di istruzione e dai percorsi di studio, che mostrano uno degli effetti forse più significativi del processo di modernizzazione, nonostante il ritardo che ancora segna il nostro paese rispetto alle medie europee. Con l'avvicendarsi delle generazioni, infatti, sono oggi i giovani maschi a occupare le posizioni più basse nelle quote di laureati, mentre le toscane tra i 20 e i 34 anni con titolo di studio terziario rappresentano quasi il doppio dei propri coetanei e superano ormai anche il dato medio europeo. I dati maschili e femminili relativi alle percentuali dei diplomati, invece, si avvicinano, pur divergendo in rapporto alla scelta dei campi di studio: più orientate verso i licei le ragazze, più concentrati nelle discipline tecniche i ragazzi (Pescarolo, 2011).

Nonostante l'aumento della scolarizzazione, rimane grave il fenomeno degli abbandoni scolastici, tanto che gli *early school leavers*⁴ sono diventati un target della strategia europea della “crescita intelligente” che individua nella riduzione della dispersione scolastica uno degli obiettivi da raggiungere entro il 2020⁵. La Toscana, come la maggior parte delle regioni italiane, deve ancora fare molta strada: nel 2011 gli *early school leavers* erano il 16,6% dei giovani nella fascia d’età 15-24, un dato quasi 7 punti percentuali superiore a quello fissato dall’Europa per il 2020 e che ci distanzia dalle altre regioni del Centro-Nord, più prossime all’obiettivo europeo. Gli *early school leavers* toscani sono perlopiù maschi, mentre le femmine rappresentano il 36% del totale (**Tabella 2.3**). Se la probabilità di abbandonare gli studi senza una qualifica formale è quindi inferiore per le ragazze, la loro situazione relativa appare però più preoccupante osservando la composizione per status. Infatti, tra le giovani donne che lasciano precocemente la scuola, quasi la metà rischia di uscire dal mercato del lavoro, scivolando in una condizione di inattività (IRPET, 2013a).

Tabella 2.3

Early school leavers per sesso e condizione occupazionale - Toscana 2011 (Fonte: elaborazioni IRPET su dati ISTAT-FDL)

	Valori assoluti	Valori %
Maschi	34.061	
di cui occupati	18.375	53,9
disoccupati	5.747	16,9
inattivi	9.939	29,2
Femmine	18.840	
di cui occupate	6.191	32,9
disoccupate	3.513	18,6
inattive	9.136	48,5

⁴ I giovani che hanno abbandonato prematuramente gli studi vengono rilevati in base alla seguente definizione: la percentuale di giovani (15-24enni) con al più la licenza media che non ha svolto alcun corso di formazione organizzato/riconosciuto dalla Regione e che non frequenta né si è iscritto a corsi scolastici o formativi regionali di due anni.

⁵ L’obiettivo prevede come tetto massimo sotto il quale collocarsi il 10% della quota di giovani che abbandonano prematuramente gli studi.

La crescente scolarizzazione rimane comunque un processo che sta cambiando i modelli di partecipazione femminile al mercato del lavoro. Nel 2011, in Toscana, l'incidenza delle giovani donne con titolo di studio terziario (dalla laurea triennale fino al dottorato di ricerca) è del 13% contro il 6% degli uomini della stessa fascia di età; nel sottoinsieme dei soli occupati la sproporzione a vantaggio delle giovani donne si amplifica: sono laureate il 21% delle lavoratrici contro il 7% dei lavoratori. Nelle classi di età al di sopra dei 30 anni, le differenze invece si stemperano e l'incidenza dei laureati sulla popolazione scende al 12% sia per gli uomini che per le donne, mentre tra gli occupati permane lo scollamento di genere per cui l'incidenza delle laureate è del 23% contro il 15% dei laureati. In altre parole, un elevato titolo di studio aumenta la propensione al lavoro delle donne, spingendo le più istruite a confrontarsi col mercato in misura nettamente superiore rispetto a quanto avvenga per le coetanee con un livello di istruzione inferiore (IRPET, 2013a).

Una traccia dello svantaggio vissuto dalle donne si ritrova in riferimento al profilo del NEET⁶ toscano (e italiano), che vede la forte presenza femminile manifestarsi nelle classi demografiche superiori a 24 anni e aumentare al crescere dell'età (Faraoni e Pescarolo, 2012).

In generale, l'accesso e la permanenza nel mercato del lavoro rappresentano momenti particolarmente critici proprio per le nuove generazioni e, anche in questo caso, la variabile di genere spiega alcune delle principali difficoltà. Mentre possiamo affermare che il modello maschile segue un percorso più lineare di transizione dalla scuola al lavoro e in molti casi più precoce, la formazione dell'offerta di lavoro femminile è per certi versi più tortuosa, influenzata dai cicli biologici – in particolare dall'esperienza della maternità – oltre che da aspetti socio-culturali che tutt'oggi delineano ruoli spesso mal conciliabili con la crescita professionale. Nel 2011 il tasso di occupazione delle toscane tra 25 e 49 anni risulta più elevato fra le donne senza figli (79,3%) e decresce all'aumentare del numero di figli: 71,5% per le donne con un figlio, 61,1% per le donne con due figli, 46,1% per le donne con tre figli o più, anche se le laureate con figli tendono a uscire meno dal mercato del lavoro (Pescarolo e Ricci, 2012). Notiamo così passaggi più numerosi tra stati di occupazione, disoccupazione e inattività, oltre a fenomeni più diffusi di precariato e sottoinquadramento.

Sulle dinamiche del mercato del lavoro influiscono, infatti, le scelte relative alla procreazione e alle responsabilità legate alla cura della casa e della famiglia. Nonostante una lieve redistribuzione dei compiti all'interno di essa, avvenuta nel corso degli anni, secondo l'indice di asimmetria del lavoro familiare⁷, calcolato dall'ISTAT nell'indagine

⁶ Acronimo inglese (*Not in Education, Employment or Training*) che indica giovani esclusi del mercato del lavoro che non studiano, non lavorano e non frequentano alcun corso di formazione. Per un approfondimento si veda Eurofound, 2012.

⁷ Tale indice misura quanta parte del tempo dedicato da entrambi i partner al lavoro domestico, di cura e di

Multiscopo sull'uso del tempo, nel 2008-2009 il 76,2% del lavoro familiare delle coppie è ancora a carico delle donne, valore di poco più basso di quello registrato nel 2002-2003 (77,6%) (ISTAT 2010). In altre parole, quando la donna lavora e ha figli, non si verifica una effettiva redistribuzione dei carichi di lavoro non retribuito, ma si mettono in campo strategie di riorganizzazione dei tempi di vita, cercando di conciliare gli impegni "tradizionalmente femminili" con quelli legati alla propria professione.

L'analisi dei differenziali retributivi evidenzia un divario tra i redditi maschili e femminili inferiore al dato medio europeo: questa dimensione ridotta è dovuta, però, ai limitati confini dell'occupazione femminile toscana, che lasciano nella condizione di inattività le figure che, per le loro caratteristiche in termini di qualificazione e aspettative, avrebbero percepito, inserendosi nel lavoro, redditi bassi. La stessa logica fa sì che il *gender gap* aumenti dal Sud al Nord dell'Italia. Le italiane percepiscono mediamente il 76% della retribuzione dei colleghi, e le toscane il 70,3%. Il *gender gap* è confermato dai risultati dell'indagine Multiscopo ISTAT sulle famiglie, che registra la percezione soggettiva della condizione economica, della propria situazione e della propria condizione abitativa: le donne che si dichiarano poco soddisfatte sono in numero superiore rispetto agli uomini. Per loro è più difficile trovare un lavoro, le risorse disponibili sono minori, così come risulta inferiore il margine di miglioramento rispetto all'anno precedente. Le figure più in difficoltà sono le madri sole e, rispetto alle coppie senza figli, quelle con figli a carico. Questi nuclei appaiono più a rischio perché sono meno frequentemente proprietari di una casa, vivono in condizioni meno abbienti e non posseggono uno stock di risorse tale da preservarli da condizioni di disagio impreviste (Pescarolo 2011).

Come è intervenuta la crisi economica nel quadro fin qui delineato? Essa ha prodotto effetti negativi generalizzati, colpendo non solo le donne: il tasso di occupazione delle toscane diminuisce nel 2011 di quasi due punti percentuali rispetto al 2008 (dal 56,2% al 54,4%), così come quello maschile che passa dal 74,6 al 72,9. La matrice settoriale della crisi spiega in parte l'uguale penalizzazione rispetto agli uomini della più debole categoria delle donne: più colpiti sono stati infatti il settore delle costruzioni e quello manifatturiero, tradizionalmente meno femminilizzati. Guardando al terziario, nei servizi di cura, nell'istruzione e nella sanità, i tassi di occupazione delle donne sono sensibilmente aumentati, producendo nel 2011, rispetto a tre anni prima, 40mila nuovi posti di lavoro, a fronte però di una più consistente diminuzione di questi nell'industria, nel commercio e nel turismo, con il risultato di rafforzare il noto fenomeno della segregazione occupazionale (CNEL 2012, IRPET 2012). A questo dato si aggiunge la maggiore penalizzazione sul fronte dei contratti di lavoro, che vede aumentare per

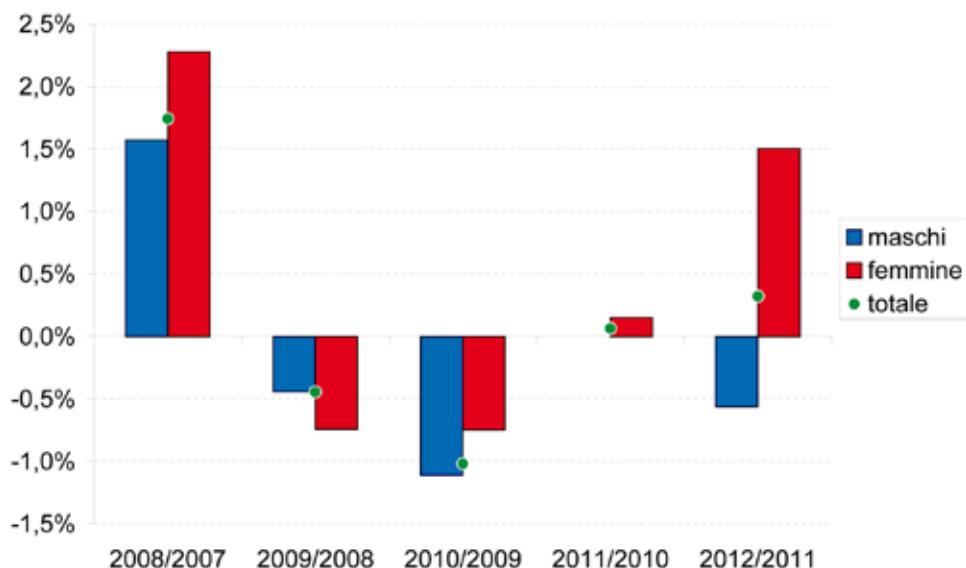
acquisti di beni e servizi è svolto dalle donne. Esso assume valore 100 nei casi in cui il lavoro familiare ricada esclusivamente sulla donna, è pari a 50 in caso di perfetta condivisione dei carichi di lavoro familiare; i valori compresi tra 0 e 49 e quelli compresi tra 51 e 99 indicano un carico di lavoro, progressivamente più sbilanciato, rispettivamente sull'uomo o sulla donna (ISTAT 2010).

le donne il *part time* volontario (passato dal 34,7% del 2008 al 45,8% del 2011), sebbene la quota di atipiche diminuisca (pur rimanendo maggioritaria rispetto a quella maschile).

Un altro effetto non trascurabile della crisi e non immediatamente rintracciabile osservando i tassi di occupazione riguarda l'aumento delle inattive, che sono cresciute del 6% rispetto al 2008, con un margine più ampio in confronto alle regioni del Nord-Italia. Tale incremento si spiega come effetto del fenomeno dello "scoraggiamento", a cui si sommano gli ostacoli che la donna incontra durante particolari fasi del ciclo di vita e che in molti casi le impediscono di rimanere o di rientrare nel mercato del lavoro (IRPET 2013b).

L'andamento dell'occupazione femminile negli anni di crisi rispecchia la più alta mobilità delle donne all'interno del mercato del lavoro, spiegabile con la loro maggiore presenza tra i lavoratori atipici; sono state così le donne a risentire per prime della crisi nel 2009 e poi a beneficiare della debole ripresa del 2011, quando la domanda di lavoro si è perlopiù concentrata sui contratti a termine (**Figura 2.9**).

Figura 2.9
Occupati per genere in Toscana dal 2007 al 2012 -Variazioni %



I dati più recenti confermano l'andamento asimmetrico dell'occupazione tra uomini e donne: nel 2012, a fronte di una stagnazione dell'occupazione maschile, si registra una crescita delle occupate donne (+1,5%). Al di là delle oscillazioni annuali, le perdite occupazionali complessivamente registrate dalle donne dal 2008 al 2012 sono state decisamente inferiori a quelle degli uomini (stabili le prime, -2,1% i secondi), in ragione

sia della tendenza alla crescita della partecipazione femminile che della connotazione settoriale della crisi, che ha colpito solo marginalmente il più femminilizzato settore dei servizi (IRPET 2013b). I dati strutturali ci suggeriscono tuttavia che allo stato attuale appare assai determinante agire sui vincoli che impediscono la partecipazione dei segmenti meno rappresentati nel mercato del lavoro, ponendo particolare attenzione alle politiche di conciliazione.

Bibliografia

- Alesina A. e Ichino A. (2009). L'Italia fatta in casa. Indagine sulla vera ricchezza degli italiani. Mondadori, Milano.
- CNEL-Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (2012). Rapporto sul mercato del lavoro 2011- 2012. http://www.cnel.it/53?shadow_documenti=22786
- Del Boca D. e Rosina A. (2009). Famiglie sole. Sopravvivere con un welfare inefficiente. Il Mulino, Bologna.
- Eurofound (2012). NEETs - Young people not in employment, education or training: Characteristics, costs and policy responses in Europe. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Faraoni N. e Pescarolo S. (a cura di) (2012). I giovani che non lavorano e non studiano. I numeri, i percorsi, le ragioni. IRPET, Firenze.
- Ferrera M. (2008). Il “fattore D”. Perché il lavoro delle donne farà crescere l’Italia. Mondadori, Milano.
- IRPET (2012). Rapporto sul mercato del lavoro in Toscana. Anno 2011. http://www.irpet.it/index.php?page=pubblicazione&pubblicazione_id=365
- IRPET (2013a). La condizione giovanile ai tempi della crisi. http://www.irpet.it/index.php?page=pubblicazione&pubblicazione_id=429 .
- IRPET (2013b). Rapporto sul mercato del lavoro in Toscana. Anno 2012. http://www.irpet.it/index.php?page=pubblicazione&pubblicazione_id=425 .
- ISTAT (2010). La divisione dei ruoli nelle coppie. Anno 2008-2009. <http://www.ISTAT.it/archivio/4170> .
- Pescarolo A. (a cura di) (2011). La condizione economica e lavorativa delle donne. Rapporto 2011. IRPET, Firenze.
- Pescarolo A. e Ricci (a cura di) (2012). La condizione economica e lavorativa delle donne. Rapporto 2012 IRPET, http://www.irpet.it/index.php?page=pubblicazione&pubblicazione_id=405 .
- Piccone Stella S. e Saraceno C. (a cura di) (1996). Genere. La costruzione sociale del femminile e del maschile. Il Mulino, Bologna.

2.3 Mortalità

Elisabetta Chellini, Andrea Martini - ISPO

I dati disponibili ad oggi sulla mortalità delle donne toscane sono quelli registrati ed elaborati dal Registro di mortalità regionale toscano a partire dal 1987 al 2010. Qui di seguito si descriverà cosa è successo in termini di mortalità generale e per causa specifica alle donne toscane negli ultimi 24 anni di osservazione ponendo attenzione a quei fenomeni morbosì che hanno subito le maggiori variazioni nel tempo, rispetto a quella osservata per le stesse cause di decesso negli uomini toscani.

Innanzitutto occorre osservare che a fronte dell'invecchiamento della popolazione femminile si osservano nel 2010 circa 3.000 decessi in più (+17,1%) nelle donne rispetto a 24 anni prima, ma i tassi standardizzati (calcolati sulla popolazione europea) si sono decisamente ridotti, passando da 529,2 (IC95%: 524,4-534,0) a 369,8 (IC95%: 366,4-373,2) per 100.000 donne (-30%) dal primo triennio (1987-89) all'ultimo (2008-2010). Negli uomini il numero dei decessi è rimasto pressoché stabile, ma anche per loro il tasso standardizzato di mortalità, più elevato di quello delle donne, si è sensibilmente ridotto passando da 937,2 per 100.000 (IC95%: 929,5-944,9) nel 1987-1989 a 589,3 (IC95%: 584,3-594,4) nel 2008-2010. Questo fenomeno è legato all'aumento della sopravvivenza, evidenziabile anche dall'aumento della speranza di vita alla nascita che è passata da 81 anni nel 1987 a 84,6 nel 2010 nelle donne, distanziandosi sempre di più da quella calcolata per il genere maschile che, nello stesso periodo, è passata da 79,6 anni nel 1987 a 80,6 anni nel 2010.

Le principali cause di decesso nell'ultimo triennio di osservazione sono rappresentate di gran lunga dalle malattie del sistema circolatorio e dai tumori a cui seguono, ad un ordine di grandezza inferiore, le malattie dell'apparato respiratorio, le malattie del sistema nervoso, le malattie dell'apparato digerente, le malattie endocrine e del metabolismo e le cause accidentali, citate in ordine decrescente di tasso standardizzato di mortalità (**Tabella 2.4**). Negli uomini si rovescia la posizione delle cause accidentali e delle malattie del sistema nervoso: le prime si collocano al 4° posto e le seconde al 7°.

Le malattie dell'apparato circolatorio sono la prima causa di decesso nelle donne toscane come pure negli uomini, in netto decremento in tutto il periodo di osservazione (**Figura 2.10**). Per le donne rappresentano il 42,9% di tutti i decessi dell'ultimo triennio. La riduzione osservata è da ascrivere agli importanti progressi conseguiti sia sul fronte della prevenzione primaria (riduzione dell'abitudine al fumo, miglioramenti nelle abitudini alimentari e maggiore esercizio fisico), sia su quello della diffusione di efficaci trattamenti medico-chirurgici (dalle terapie anti-ipertensive alla prevenzione farmacologica degli eventi ischemici acuti cardiaci e cerebrali, alle terapie di ripperfusione cardiaca, quali bypass aorto-coronarico e angioplastica coronarica), sia per lo sviluppo e l'efficienza del sistema sanitario regionale di emergenza territoriale.

Tra le specifiche cause di decesso di questo grande gruppo (**Figura 2.11**), le malattie cerebrovascolari, benché dimezzate in entrambi i sessi nei 24 anni di osservazione, permangono al primo posto nelle donne. Da segnalare, inoltre, l'incremento registrato, anche per gli uomini, dei decessi per ipertensione arteriosa (+20% tra l'ultimo e il primo triennio), uno dei maggiori fattori di rischio anche delle altre malattie di questo grande gruppo di cause di decesso, in controtendenza a quanto osservato in altri paesi ad economia avanzata. Tale andamento in crescita potrebbe essere legato alla migliore diagnosticabilità e individuazione di questa patologia nelle ultime decadi.

In netto decremento nelle donne toscane è l'andamento, oltre che delle malattie dell'apparato circolatorio, di tutti gli altri grandi gruppi di cause di decesso, ad eccezione dei decessi per disturbi psichici e dei decessi per malattie del sistema nervoso, come peraltro osservato anche negli uomini toscani. Da segnalare la demenza senile che nel 2008-2010 rappresenta il 93,1% dei decessi per disturbi psichici e la malattia di Alzheimer che rappresenta il 62,9% dei decessi per malattie del sistema nervoso. Queste ultime cause, come pure l'ipertensione arteriosa sono particolarmente frequenti negli ultra74enni, tanto da suggerire l'attivazione di interventi sanitari specifici in questa classe di età.

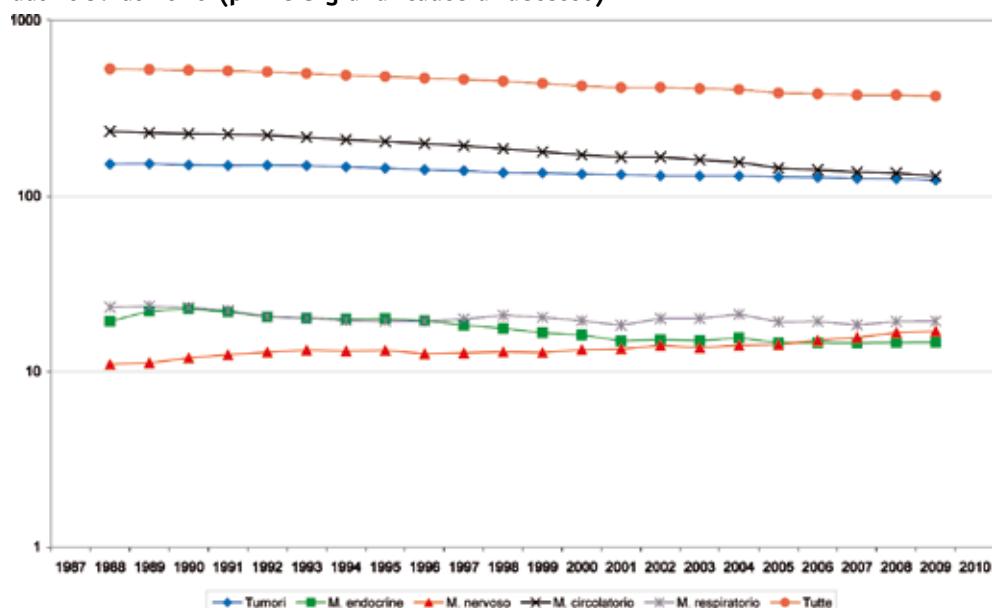
Tabella 2.4

Numero dei decessi osservati, tassi di mortalità grezzi (TG) e standardizzati (TSD; popolazione standard europea) per 100.000 abitanti e relativi intervalli di confidenza al 95% (IC95%) nelle donne toscane nel 2008-2010 per grandi gruppi di cause di decesso

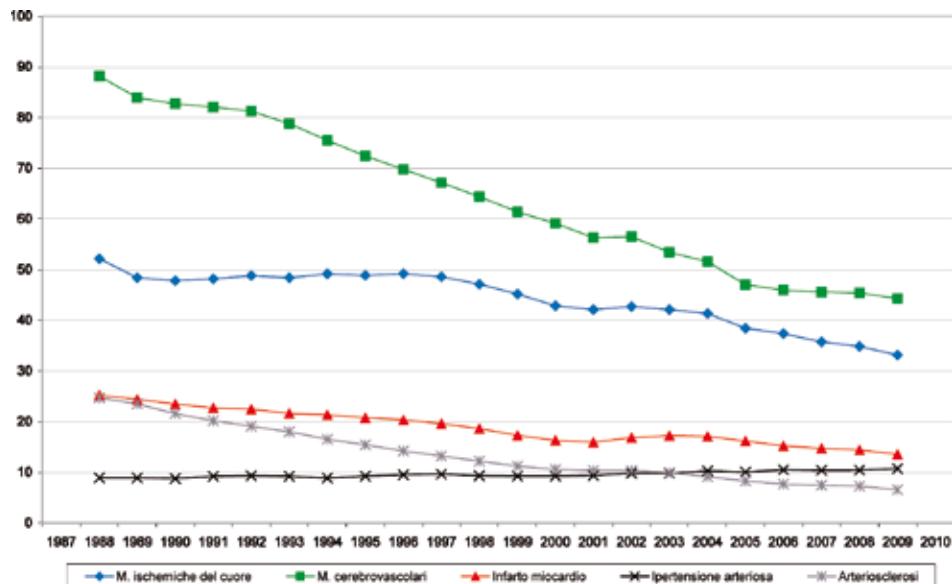
Causa di morte	Osservati	TG	TSD	IC95%
Malattie infettive	713	12,3	4,3	3,9 – 4,6
Tumori	15.894	275,1	123,3	121,0-125,5
Malattie del sangue e degli organi emopoietici	337	5,8	1,8	1,6 – 2,0
Malattie endocrine, metaboliche, immunitarie	2.752	47,6	14,7	14,0 – 15,3
Disturbi psichici	2.145	37,1	9,5	9,0 – 9,9
Malattie del sistema nervoso	3.157	54,6	17,0	16,3 – 17,7
Malattie dell'apparato circolatorio	27.942	483,7	129,6	127,9 – 131,3
Malattie dell'apparato respiratorio	3.981	68,9	19,4	18,7 – 20,0
Malattie dell'apparato digerente	2.619	45,3	15,2	14,5 – 15,8
Malattie della pelle e del sottocutaneo	90	1,6	0,4	0,3 – 0,5
Malattie osteomuscolari e del connettivo	669	11,6	3,6	3,3 – 4,0
Malattie dell'apparato genito-urinario	1.114	19,3	5,6	5,2 – 6,0
Complicanze della gravidanza, parto, e puerperio	1	0,0	0,0	0,0 – 0,1
Condizioni morbose di origine perinatale	83	1,4	2,8	2,2 – 3,4
Malformazioni congenite	89	1,5	1,7	1,3 – 2,1
Stati morbosi mal definiti	1.357	23,5	6,2	5,8 – 6,6
Cause accidentali	2.082	36,0	14,3	13,5 – 15,2
Cause non recuperate	76	1,3	0,5	0,4 – 0,7
Tutte le cause	65.101	1126,9	369,8	366,4 – 373,2

Figura 2.10

Andamento della mortalità (medie mobili triennali dei tassi standardizzati sulla popolazione europea per 100.000 abitanti, su scala logaritmica) nelle donne toscane dal 1987 al 2010 (prime 5 grandi cause di decesso)

**Figura 2.11**

Andamento della mortalità per malattie dell'apparato circolatorio (medie mobili triennali dei tassi standardizzati sulla popolazione europea per 100.000 abitanti) nelle donne toscane dal 1987 al 2010



Relativamente alla mortalità per tumore nelle donne (**Figura 2.12**), si registra quasi una riduzione di un quinto nei 24 anni di osservazione, inferiore a quella osservata negli uomini (**Figura 2.13**), con andamenti differenziati per sede tumorale, con decrementi importanti per quelle cause che erano ai primi posti nel 1987: tumore della mammella, dell'intestino e dello stomaco. Al 1° posto vi è ancora il tumore della mammella il cui andamento in riduzione dai primi anni '90, anche se con un decremento di minore entità negli ultimi 10 anni, è da ricondurre ai progressi nella diagnosi e terapia di questo tumore, e in particolare all'attivazione di efficaci programmi di screening mammografico su tutto il territorio regionale, che consentono l'identificazione di forme precoci più facilmente aggredibili chirurgicamente con conseguente esito prognostico più favorevole.

In netta controtendenza con quanto osservato negli uomini è l'aumento dei decessi per tumore del polmone nelle donne, fenomeno questo che riflette sostanzialmente l'andamento dell'abitudine al fumo nei due sessi: più precoce il consolidamento e la riduzione negli uomini, più tardiva la diffusione tra le donne (sostanzialmente a partire dagli anni '70 del secolo scorso) e tale da far prevedere ancora una crescita della mortalità per questo tumore nei prossimi anni. Nelle donne toscane questa causa di morte è già al terzo posto tra quelle per tumore, avendo il tasso standardizzato di mortalità nel 2008-2010 (15,3 per 100.000) superato quello per tumore dell'intestino (15,2 per 100.000), come atteso da quanto osservato in precedenza in termini di incidenza dai Registri tumori italiani.

Vi è da notare anche l'incremento dei decessi per tumore del pancreas che, nell'ultimo triennio, si pone al 4° posto tra le cause di decesso per tumore nelle donne toscane. L'aumento di questa patologia a bassa sopravvivenza, osservato anche nel sesso maschile e dai dati di incidenza, è da ricondurre sia alla maggiore disponibilità di mezzi diagnostici capaci di indagare una sede anatomica così profonda sia all'andamento di fattori di rischio notoriamente ad essa associati, quali l'abitudine al fumo e l'assunzione di alcolici.

Riguardo agli eventi accidentali (**Figura 2.14**), il progressivo decremento osservato è presumibilmente da ricondurre sia alla minore occorrenza di eventi traumatici gravi, conseguente a efficaci misure individuali e collettive di prevenzione, sia alla migliore capacità del sistema sanitario di curarli. In particolare, a queste due motivazioni sono da ascrivere sia la riduzione dei decessi per incidenti stradali (migliore sicurezza dei veicoli circolanti, misure di riduzione della velocità dei veicoli su strada, aumento della tempestività dei soccorsi, obbligo di uso di mezzi individuali di protezione quali, ad esempio, il casco per i motociclisti) sia la riduzione dei decessi per le cadute accidentali (tempestività degli interventi chirurgici specialmente in caso di frattura del femore, molto più frequente nelle donne che negli uomini). Per gli incidenti stradali la riduzione è stata del 51,8% (da un tasso standardizzato di 6,25 per 100.000 abitanti nel primo triennio a 3,01 nell'ultimo triennio) e per le cadute accidentali del 43,9% (da un tasso standardizzato di 11,83 per 100.000 abitanti nel primo triennio a 6,64 nell'ultimo triennio).

Figura 2.12

Andamento della mortalità per tumori (medie mobili triennali dei tassi standardizzati sulla popolazione europea per 100.000 abitanti) nelle donne toscane dal 1987 al 2010 (prime 6 cause di decesso per tumore)

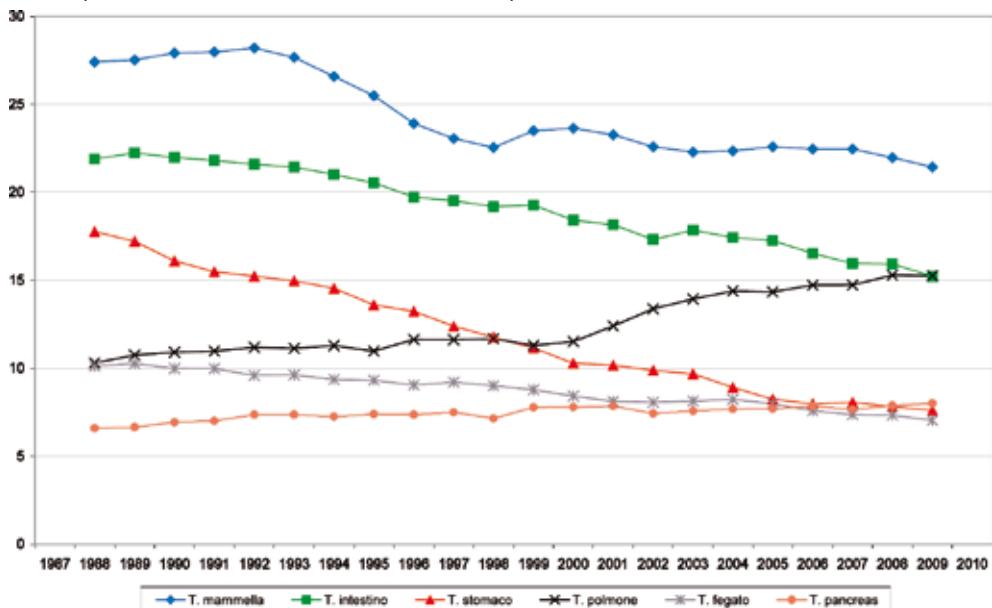


Figura 2.13

Andamento della mortalità per tumori (medie mobili triennali dei tassi standardizzati sulla popolazione europea per 100.000 abitanti) negli uomini toscani dal 1987 al 2010 (prime 6 cause di decesso per tumore)

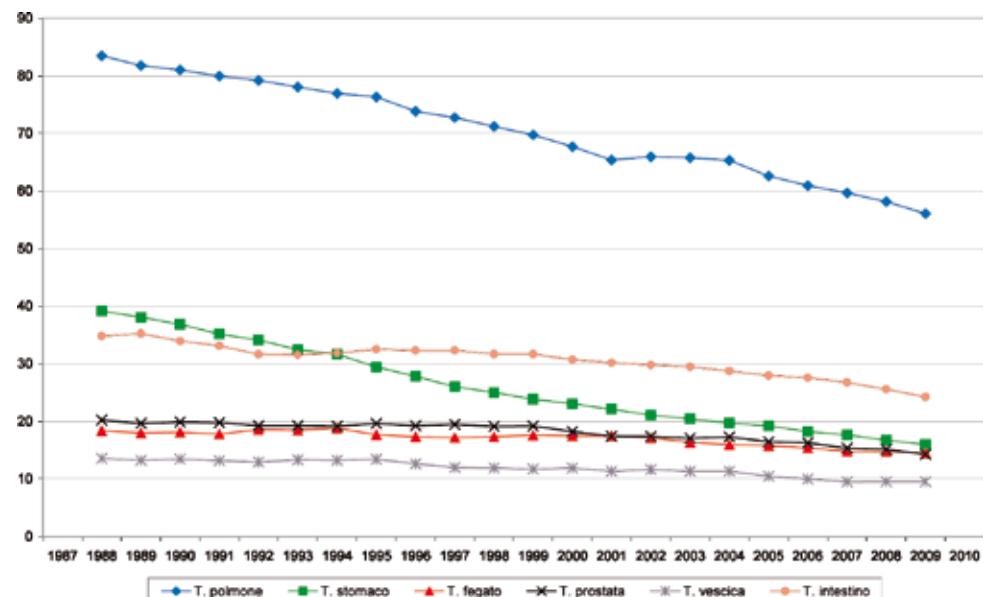
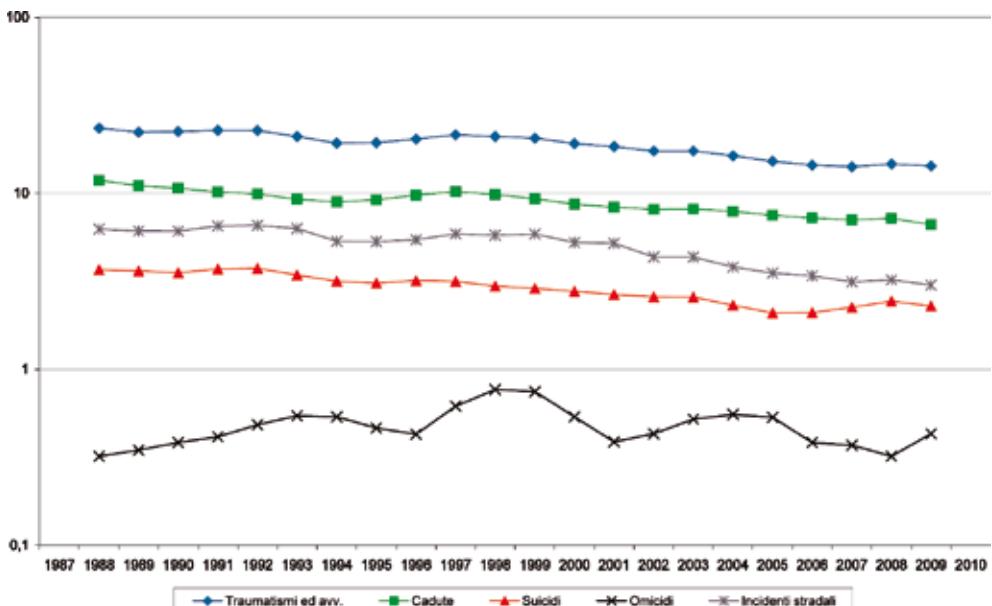


Figura 2.14

Andamento della mortalità per cause accidentali (medie mobili triennali dei tassi standardizzati sulla popolazione europea per 100.000 abitanti, su scala logaritmica) nelle donne toscane dal 1987 al 2010



Nell'ultimo quinquennio si osserva una tendenza all'aumento di piccola entità dei suicidi tra le donne, fenomeno questo evidenziato anche tra gli uomini. Difficile appare invece la valutazione dell'andamento degli omicidi nelle donne toscane che ha registrato un picco a fine anni '90 e mostra successivamente un andamento altalenante. Il fenomeno del femminicidio ha avuto una grande risonanza sui media negli ultimi mesi per la sua recrudescenza, specialmente nei paesi che presentano grandi disparità sociali tra i due generi: una recente analisi per popolazione residente in Toscana nata in Italia e immigrata da paesi ad alta pressione migratoria ha evidenziato che il fenomeno degli omicidi non presenta differenze tra residenti immigrate e non immigrate, mentre è molto più frequente negli uomini residenti immigrati rispetto ai nati in Italia.

2.4 La percezione di salute

Fabio Voller, Stefano Bravi - ARS Toscana

La valutazione delle condizioni di salute di una popolazione è un problema molto complesso; l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) definisce la salute come uno stato di “benessere psicofisico”, evidenziandone sia una componente oggettiva (presenza o assenza di malattie) sia una soggettiva (il modo di vivere e percepire la malattia stessa); in particolare la percezione dello stato di salute testimonia l’effettivo benessere o malessere psicofisico vissuto dalla persona. Queste due componenti, l’essere malato od il percepirti come tale, sembrano ovviamente poter costituire un *continuum*, dove la dimensione soggettiva coadiuva, modera, amplifica la dimensione oggettiva dello stato di salute. Queste due dimensioni si stratificano in modo completamente diverso nella prospettiva di genere poiché, come è noto, in Italia le donne vivono più a lungo degli uomini, ma si ammalano di più, con maggiore esito in disabilità, soprattutto a partire dal periodo post-menopausa.

L’indagine Multiscopo ISTAT⁸ riserva da anni alcune domande del proprio questionario alla condizione di salute (autoriferita) del campione intervistato, alla percezione di salute, e alla soddisfazione delle salut. Più precisamente vengono poste ad un campione con dettaglio regionale le seguenti domande: “Come va in generale la sua salute?”, “Negli ultimi 12 mesi Lei si è sentito soddisfatto della propria salute?”, mentre per quanto riguarda la dimensione oggettiva della presenza o meno di un problema di salute viene richiesto se un individuo è attualmente affetto da una delle seguenti malattie croniche (v. elenco delle principali malattie in **Tabella 2.5**).

Come era presumibile attendere, la percezione del proprio stato di salute peggiora mano mano che cresce l’età degli intervistati sia per la Toscana che per l’Italia. Chi definisce con bene o molto bene il proprio stato di salute è il 94,9% delle classe fino ai 19 anni in Toscana (95,7% in Italia), l’80,4% (88% in Italia) tra i 20 ed i 40 anni, il 75,2% (71,9% In Italia) tra i 40 ed i 60 anni e “solo” il 40,6% degli ultra60enni (36,4% in Italia) e, tra questi, è una percentuale irrisoria quella che dichiara di essere soddisfatta completamente del proprio stato di salute. Quindi in Toscana, coerentemente con quanto sappiamo rispetto agli indicatori della popolazione anziana, la percezione di salute degli ultra 60enni è migliore rispetto a quella dei coetanei italiani⁹.

Venendo alla differenza di genere possiamo notare che, in quasi tutte le classi d’età considerate, la percentuale di donne che risponde positivamente rispetto alla propria percezione è sempre significativamente più bassa rispetto a quella degli uomini sia in Toscana che in Italia, in particolar modo per chi ha superato i 40 anni.

8 Indagine Multiscopo ISTAT “Aspetti della vita quotidiana”, Anni vari.

9 Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane. Rapporto Osservasalute 2012.

Tabella 2.5
Percezione del proprio stato di salute - Toscana e Italia 2011

CLASSI DI ETÀ	GIUDIZIO	ITALIA			TOSCANA		
		Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
0-19	molto bene	49,7	48,1	48,9	49,8	44,8	47,3
	bene	45,3	46,6	46	44,5	50,9	47,6
	nè male nè bene	4,4	4,9	4,6	5,1	3,9	4,5
	Male	0,5	0,4	0,4	0,6	0,4	0,5
	molto male	0,1	0	0,1	0	0	0
20-39	molto bene	29,3	25,4	27,4	28,8	21,4	25,1
	Bene	60,2	61	60,6	63,4	67,2	65,3
	nè male nè bene	9,5	12,5	11	7,1	9,4	8,2
	Male	0,7	0,9	0,8	0,3	1,2	0,8
	molto male	0,2	0,2	0,2	0,4	0,7	0,5
40-59	molto bene	13,9	10,8	12,3	10	9,7	9,8
	Bene	61,1	58,2	59,6	66,6	64	65,3
	nè male nè bene	22	26,8	24,4	19,5	22,1	20,8
	Male	2,7	3,7	3,2	3,6	3,4	3,5
	molto male	0,3	0,5	0,4	0,3	0,7	0,5
60 e oltre	molto bene	3,7	2,2	2,9	3,6	2,6	3
	Bene	38,9	29,4	33,5	44,8	32,1	37,6
	nè male nè bene	43,7	49,9	47,2	41,1	45,3	43,5
	Male	11,4	15,4	13,6	8,5	17,8	13,8
	molto male	2,4	3,1	2,7	2	2,2	2,1
Tutte le classi	molto bene	22,7	18,7	20,7	20,0	15,5	17,7
	Bene	52,4	48,5	50,4	56,1	52,2	54,1
	nè male nè bene	20,4	26,0	23,3	19,6	24,0	21,9
	Male	3,8	5,8	4,8	3,6	7,2	5,4
	molto male	0,7	1,1	0,9	0,7	1,1	0,9

Tabella 2.6
Soddisfazione del proprio stato di salute negli ultimi 12 mesi - Toscana e Italia 2011

CLASSI DI ETÀ	SODDISFAZIONE	ITALIA			TOSCANA		
		Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Fino a 19 anni	Molto	43,6	37,6	40,6	59,8	44,2	51,9
	abbastanza	53	58,4	55,7	37,2	48,6	43
	Poco	2,6	3	2,8	2,9	7,3	5,1
	per niente	0,7	1	0,9	0	0	0
20-39 anni	molto	29,4	26,3	27,9	36,1	29,6	32,8
	abbastanza	64,8	66,8	65,8	59	62,1	60,6
	poco	4,6	5,6	5,1	4,6	6,9	5,7
	per niente	1,2	1,3	1,2	0,3	1,4	0,9
40-59 anni	molto	15,8	14,2	15	15,9	17,8	16,9
	abbastanza	72,3	71,3	71,8	72	67	69,5
	poco	9,4	11,8	10,6	8	12,5	10,3
	per niente	2,5	2,6	2,5	4,1	2,7	3,4
60 anni e oltre	molto	7,4	5	6	9,2	5,6	7,1
	abbastanza	63,4	56	59,2	66	55	59,8
	poco	20,9	28,7	25,3	16,8	26,3	22,2
	per niente	8,3	10,4	9,5	7,9	13,1	10,8

Relativamente alla soddisfazione delle propria salute, anche in questo le differenze tra Italia e Toscana sono praticamente risibili, mentre si conferma un gradiente legato all'età che sposta il giudizio quasi completamente positivo delle fasce d'età giovanili a quello maggiormente problematico rispetto alla propria situazione nelle classi d'età adulte e poi anziane: la somma dei giudizi negativi, infatti, passa in Toscana dal 5,1% della classe fino ai 19 anni al 6,3% della classe 20-39 anni e al 13,7% della classe 40-60 anni, fino al 33% degli ultra60enni (**Tabella 2.6**).

Riguardo alle differenze di genere su come è percepito il proprio stato di salute, è il genere maschile ad essere maggiormente soddisfatto, coerentemente con quello che sappiamo dello stato di salute oggettivo della popolazione toscana, dove le donne si ammalano maggiormente degli uomini, anche se questi ultimi muoiono prima.

Rispetto alla condizione oggettiva dello stato di salute, quasi il 40% dei residenti in Toscana ha dichiarato di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche rilevate (scelte tra una lista di 15 malattie o condizioni croniche) e il dato risulta stabile negli ultimi anni. Le patologie cronico-degenerative sono più frequenti nelle fasce di età

anziane: già nella classe 50-60 anni ne soffre più del 50% e tra le persone ultra75enni la quota raggiunge quasi il 90%. Come per la percezione di salute, lo svantaggio del genere femminile emerge anche dall'analisi dei dati relativi alla quota di popolazione che soffre di almeno una malattia cronica. Sono infatti le donne ad esserne più frequentemente colpite, in particolare dopo i 40 anni. Più del 20% della popolazione ha dichiarato di essere affetto da due o più patologie croniche, con differenze di genere molto marcate a partire dai 40 anni. Tra gli ultra75enni la comorbilità si attesta quasi al 70% (60% tra gli uomini e 75% tra le donne). La quota di persone che, pur dichiarando di essere affette da almeno una patologia cronica, si percepiscono in buona salute è più del 40%. Il 18% in Italia ed il 19% in Toscana soffrono di artrosi/artrite, con importanti differenze di genere a sfavore del genere femminile; il 16,6% degli italiani soffre di ipertensione arteriosa a fronte del 17,3% dei toscani, con una differenza di genere a sfavore di quello femminile; il 10,9% degli italiani e l'11% dei toscani soffrono di una malattia allergica.

Venendo a malattie che comportano un carico di cura e disabilità maggiore per chi ne è affetto, quasi il 3% dei toscani soffre di angina pectoris, il 5,8% di diabete, poco più del 5% di un disturbo nervoso, il 2% ha avuto un infarto del miocardio, l'1,9% un tumore (**Tabella 2.7**). Quasi tutte queste patologie colpiscono maggiormente il genere femminile rispetto a quello maschile. Lo svantaggio femminile nelle età più anziane si rovescia solo per bronchite cronica e malattie del cuore. In particolare gli uomini di 75 anni e più sono maggiormente colpiti da bronchite cronica (22% circa) rispetto alle loro coetanee (il 18% circa).

Tabella 2.7
Condizione autoriferita di malattia in un campione di soggetti italiani e toscani - ISTAT 2011

MALATTIE CRONICHE	ITALIA			TOSCANA		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Angina pectoris o altre malattie del cuore	2,7	2,9	2,8	3	3,3	3,2
Artrosi, artrite	12,8	22,9	18	13,3	24,2	19
Asma bronchiale	3,7	3,8	3,7	4,1	4,3	4,2
Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria	4,3	4,1	4,2	4,1	4	4
Calcolosi del fegato o delle vie biliari	1,4	2,5	2	1,7	2,6	2,1
Calcolosi renale	2,2	2,3	2,2	2,4	2	2,2
Cirrosi epatica	0,3	0,3	0,3	0,1	0,2	0,1
Diabete	5	5,3	5,1	5,2	6,4	5,8
Disturbi nervosi	3,2	5,3	4,3	2,7	6,7	4,8
Infarto del miocardio	2,1	1,2	1,6	2	2	2
Ipertensione arteriosa	15,2	18	16,6	14,8	19,6	17,3
Malattie allergiche	10,1	11,7	10,9	9,3	12,7	11
Osteoporosi	1,9	13	7,6	1,9	13,9	8,1
Tumori (inclusi linfomi e leucemie)	1,5	1,9	1,7	1,3	2,5	1,9
Ulcera gastrica	2,8	2,8	2,8	2,3	2,2	2,3

Capitolo 3

Stili di vita

Fumo

Alcol

Alimentazione

Attività fisica e sportiva

Peso e obesità

3. Stili di vita

Nadia Olimpi, Stefano Bravi, Matilde Razzanelli - ARS Toscana

3.1 Fumo

L'uso di tabacco rappresenta un rilevante fattore di rischio per la salute. Nella maggior parte dei paesi della Regione europea dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), la prevalenza di fumatori varia tra il 21% e il 30%. Complessivamente, circa il 41% degli uomini e il 22% delle donne fuma. Sebbene l'uso di tabacco sia un comportamento maggiormente diffuso negli uomini, soprattutto nel passato, la differenza tra i due generi negli adulti risulta attualmente molto piccola in paesi come Austria, Danimarca, Irlanda, Norvegia, Paesi Bassi, Svezia e Regno Unito, e in Svezia e Norvegia la prevalenza è persino maggiore nelle femmine. Negli adolescenti, le differenze di genere risultano minori: considerando sempre i dati OMS riferiti alla Regione europea, risulta fumatore il 20% dei maschi e il 15% delle femmine di 13-15 anni. In alcuni paesi, quali Bulgaria, Croazia, Polonia e Slovenia, l'uso del tabacco risulta più diffuso nelle giovani ragazze (WHO Europe, Tobacco - Facts and figures). L'uso del tabacco nelle donne, giovani e adulte, risulta, pertanto, un comportamento da monitorare e affrontare con attenzione. Le problematiche nel genere femminile sono legate principalmente ad alcuni aspetti dell'abitudine: il consumo, l'esposizione a fumo passivo di fumatori maschi e l'uso delle risorse della famiglia per l'acquisto dei prodotti del tabacco piuttosto che di altri beni o servizi. Il consumo di tabacco da parte delle donne nel mondo è un fenomeno complesso, che risente di fattori quali le strategie di marketing, la globalizzazione, l'urbanizzazione e i cambiamenti nella condizione e nei ruoli (Amos A et al., 2012).

L'andamento delle prevalenze di consumo di tabacco e gli effetti sulla mortalità nei due generi viene classicamente esemplificata da una curva epidemica a quattro stadi, descritta in letteratura circa 20 anni fa (Lopez AD et al., 1994). Nella prima fase, il consumo inizia a diffondersi negli uomini, soprattutto nelle fasce socio-economiche più elevate. La seconda fase è caratterizzata da un rapido aumento della prevalenza di fumatori nei maschi; in questa fase, si affacciano al consumo anche le donne, soprattutto nelle classi sociali più alte, in percentuali crescenti negli anni ma sempre inferiori a quelle degli uomini. Nella terza fase, il consumo nel genere maschile inizia un forte trend in discesa, mentre quello femminile raggiunge il suo apice, per mantenersi stabile, e iniziare, alla fine del periodo, a ridursi. Nella quarta e ultima fase, l'abitudine al fumo è in declino in entrambi i generi, in cui le prevalenze tendono ad egualarsi, e diventa un comportamento più tipico dei gruppi socio-economici più svantaggiati. A questi trend di consumo corrispondono andamenti della mortalità tabacco-correlata che seguono lo stesso andamento delle prevalenze, ma differiti di 3-4 decadi, che corrispondono al tempo di latenza tra l'esposizione al fumo ed i decessi a questa attribuiti.

I diversi paesi si collocano in momenti diversi rispetto alla curva epidemica. Le regioni del Nord-Europa, gli Stati Uniti, il Canada, l’Australia e, in genere, i paesi ad alto reddito, stanno già vivendo la quarta fase, mentre l’Africa, la Cina, il Sud-est asiatico, l’America Latina, e altri paesi a medio e basso reddito, sono collocabili invece nelle prime fasi dell’epidemia. In Cina, ad esempio, la prevalenza di fumatori nei maschi è del 50,4%, mentre nelle femmine è del 2,1% (percentuali standardizzate per età, anno 2009) (Eriksen M et al., 2012).

L’abitudine al fumo, in Toscana come nel resto della Penisola, è da tempo in diminuzione: la quota di fumatori nella nostra regione è diminuita dal 35% del 1980 al 23,5% del 2011 (**Figura 3.1.**). L’andamento delle prevalenze nei due generi mostra delle differenze nel periodo esaminato: nel genere maschile l’abitudine al fumo si è quasi dimezzata (dal 51,7% al 27,9%), mentre nello stesso periodo la quota delle fumatrici è rimasta sostanzialmente stabile (dal 19,3% al 19,5%). Tali trend ripetono quelli generali della popolazione italiana. La diminuzione dei fumatori risulta essere sostenuta in misura maggiore da coloro che hanno smesso di fumare piuttosto che da coloro che non sviluppano questa abitudine (**Tabella 3.1**). Gli ultimi dati Doxa-Istituto superiore di sanità indicano che nel 2013, in Italia, la percentuale di fumatrici è pari al 15,3%, la più bassa degli ultimi anni, con una riduzione dell’1,9% rispetto al 2012, dopo un periodo di sostanziale stabilità; negli uomini si è osservato un aumento della prevalenza di +1,6% (Pacifici R., 2013). Complessivamente, è possibile collocare l’Italia tra la terza e la quarta fase della cosiddetta “curva epidemica” del consumo di tabacco.

Figura 3.1
Proporzione di fumatori (%) per genere. Toscana e Italia, anni 1980-2011 - Età ≥ 14 anni (per anni 1986-1987: età ≥ 10 anni). Fonte: elaborazioni ARS su dati ISTAT

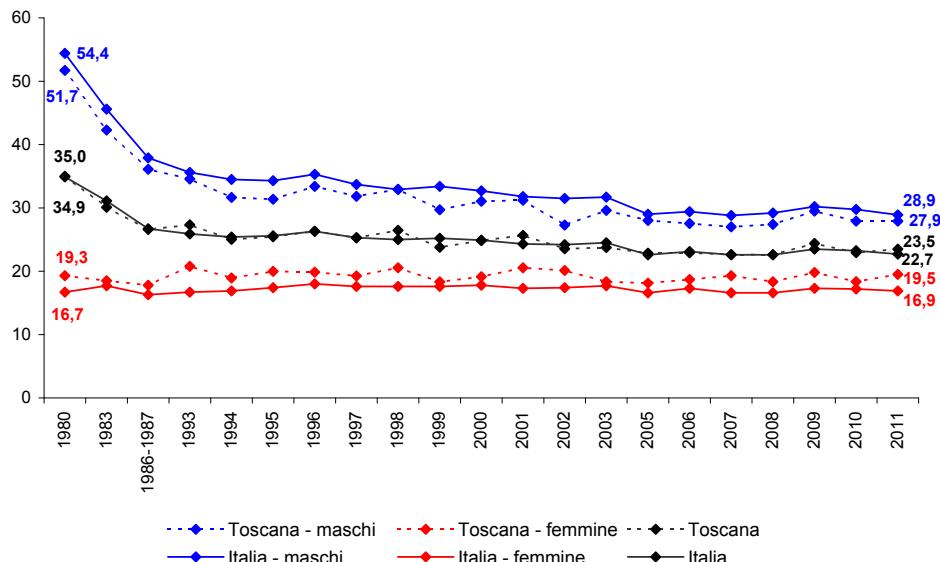


Tabella 3.1

Proporzione di fumatori (%) per genere, età ≥ 14 anni – Toscana e Italia, anni 1993 e 2011 – Fonte: elaborazioni ARS su dati ISTAT

Abitudine al fumo	Toscana		Italia	
	1993	2011	1993	2011
Maschi				
Fumatori	34,6	27,9	35,6	28,9
Ex fumatori	30,6	33,6	26,9	31,0
Mai fumatori	34,8	38,5	37,5	40,1
Femmine				
Fumatori	20,8	19,5	16,7	16,9
Ex fumatori	13,0	17,1	12,6	17,0
Mai fumatori	66,2	63,4	70,7	66,1
Totale				
Fumatori	27,3	23,5	25,9	22,7
Ex fumatori	21,4	24,9	19,5	23,7
Mai fumatori	51,3	51,6	54,6	53,6

In Toscana, secondo l'indagine Multiscopo ISTAT del 2011, nei soggetti di età pari o maggiore a 14 anni, la proporzione di fumatori (23,5%) è in linea con la media nazionale (22,7%), così come il consumo medio quotidiano di sigarette (circa 13). La distribuzione dei fumatori si differenzia per genere: nella nostra regione ha questa abitudine il 27,9% dei maschi e il 19,5% delle femmine. In Toscana, negli uomini, si ha una proporzione di fumatori di poco inferiore rispetto ai coetanei italiani (Toscana 27,9%, Italia 28,9%), mentre per le donne l'andamento è inverso (Toscana 19,5%, Italia 16,9%) (**Tabella 3.1**). Nel 2011, la prevalenza di fumatrici in Toscana è risultata seconda soltanto al dato del Lazio (20,7%) (**Figura 3.2a-b**). Le differenze di genere nell'abitudine al fumo seguono un gradiente crescente Sud-Nord: è al Sud e nelle Isole che si riscontra il maggior divario nelle prevalenze tra maschi e femmine (in riduzione negli anni), mentre al Centro e ancor più al Nord della Penisola le differenze tra maschi e femmine si attenuano. Oltre alla prevalenza, anche l'entità del consumo è più bassa nella popolazione femminile: in Toscana, nel 2011, il numero medio di sigarette fumate al giorno è risultato pari a 14,2 nei maschi e 11,3 nelle femmine (in Italia, rispettivamente, 14,1 e 10,7). Allo stesso modo, la prevalenza di forti fumatori (vale a dire coloro che consumano più di 20 sigarette/die) è più alta nei maschi (31,7% in Toscana e 33,2% in Italia) rispetto alle femmine (19,5% in Toscana e 18,2% in Italia).

Figura 3.2a

Proporzione di soggetti fumatori (%) per regione, età ≥ 14 anni, maschi – Anno 2011
Fonte: elaborazioni ARS su dati ISTAT

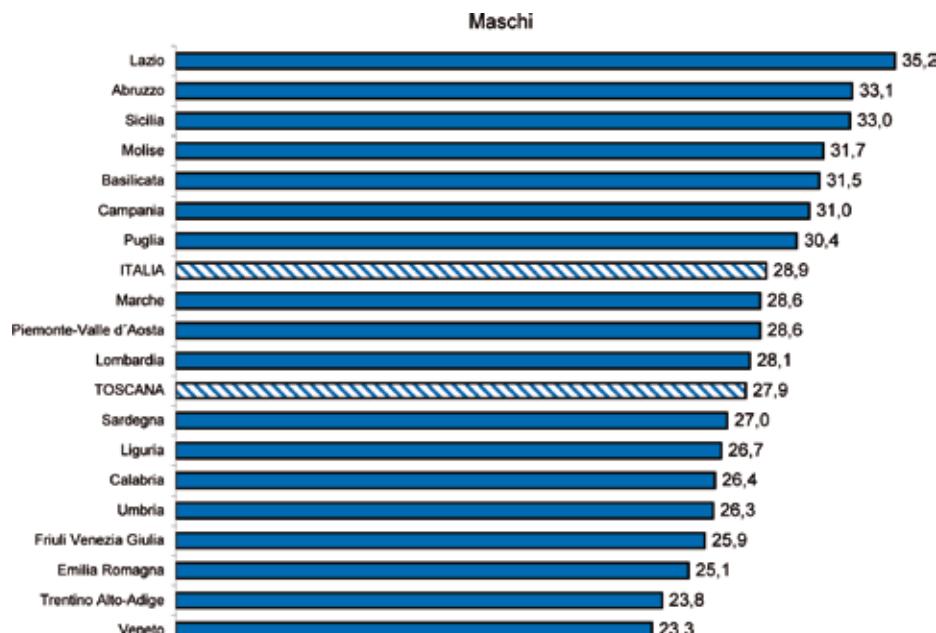
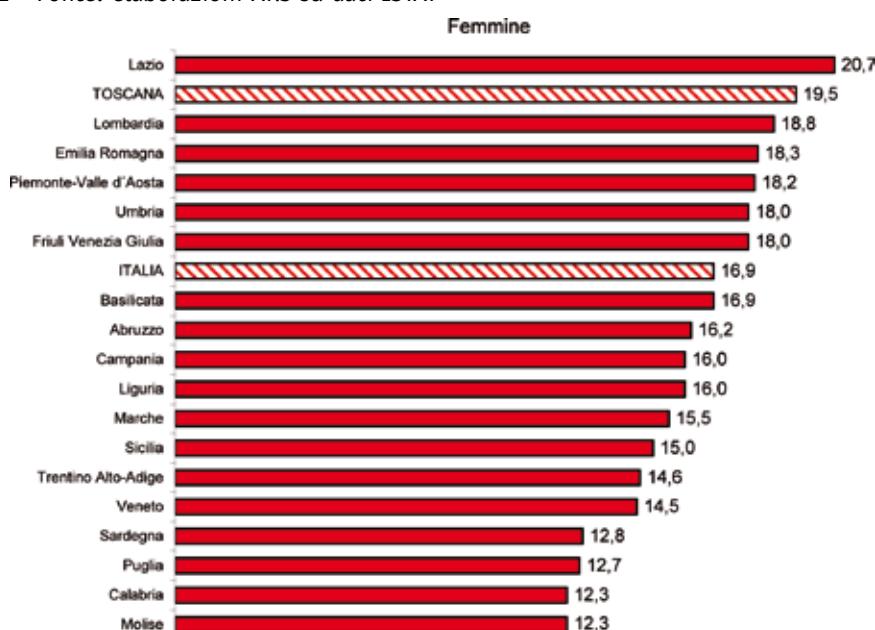


Figura 3.2b

Proporzione di soggetti fumatori (%) per regione, età ≥ 14 anni, femmine – Anno 2011 - Fonte: elaborazioni ARS su dati ISTAT



In sintesi, in Toscana, l'abitudine al fumo nella popolazione generale è in linea con quanto si rileva a livello nazionale. Qualche differenza emerge nell'analisi per genere: considerando anche i trend negli anni, per gli uomini la prevalenza è di poco meno diffusa rispetto ai dati nazionali, mentre nelle femmine la percentuale di fumatrici è superiore al valore nazionale. L'abitudine nelle donne è comunque meno diffusa rispetto agli uomini, e anche i livelli di consumo sono inferiori. Il genere maschile ha già sperimentato diffusamente l'abitudine nei decenni passati, e, negli anni, se ne sta allontanando. Il genere femminile si è avvicinato al consumo in tempi più recenti e ha raggiunto una prevalenza di consumo sostanzialmente stabile, pur intravedendo negli ultimi dati nazionali un iniziale declino dell'abitudine.

L'andamento della mortalità attribuibile al fumo in Toscana riflette i trend storici della diffusione dell'abitudine: alla diminuzione dei fumatori nei maschi ha corrisposto una diminuzione della mortalità attribuibile al fumo, mentre nelle donne, che sostanzialmente non hanno ancora iniziato a smettere di fumare, la mortalità attribuibile al fumo non si riduce. In particolare, si è osservata una tendenza all'aumento nel genere femminile della mortalità attribuibile al fumo per neoplasie nel periodo 2000-2008 (elaborazioni ARS su dati ISTAT con programma Sammec dei Centers for Disease Control and Prevention, USA). È possibile che, negli anni, continueremo ad assistere nelle donne ad un aumento degli esiti sulla salute del consumo pregresso, soprattutto per quanto riguarda le patologie tumorali.

Quasi tutti i consumatori di tabacco iniziano a fumare in giovane età. È stato stimato che circa l'88% degli adulti che hanno sviluppato l'abitudine ha provato a fumare le prime sigarette entro i 18 anni di età (U.S. Department of Health and Human Services, 2012). Secondo lo studio Epidemiologia dei determinanti degli incidenti stradali in Toscana (EDIT), nel 2011 l'abitudine al fumo nella nostra regione riguarda il 24,1% degli adolescenti di età 14-19 anni (ARS Toscana, 2011). Rispetto alle edizioni precedenti della rilevazione, la quota di fumatori risulta in aumento (era il 19,2% nel 2005 e il 23,4% nel 2008). A differenza di quanto si osserva nella popolazione adulta, negli adolescenti l'abitudine è più omogeneamente diffusa nei generi, con valori che, inoltre, sono di poco superiori nelle femmine rispetto ai maschi (nel 2011, rispettivamente, 25,7% e 22,6%). Come negli adulti, invece, i maschi hanno livelli di consumo più alti: nel 2011, il 41,9% dei ragazzi e il 30,1% delle ragazze ha dichiarato di fumare più di 10 sigarette al giorno. Diverso è il dato che emerge dall'indagine Multiscopo ISTAT, secondo cui l'abitudine al fumo riguarda il 17,5% degli adolescenti di età 14-19 anni e, in particolare, il 20,1% dei maschi e il 14,9% delle femmine. Anche secondo lo studio *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare), tuttavia, in Toscana si osserva una differenziazione per genere che vede le ragazze dell'età di 15 anni avvicinarsi maggiormente all'abitudine rispetto ai coetanei maschi (Giacchi MV et al., 2010). Nel confronto con gli adulti, pertanto, i comportamenti di ragazzi e ragazze rispetto al consumo di tabacco sono maggiormente

sovrapponibili e alcune rilevazioni suggeriscono una maggiore propensione all'abitudine da parte del genere femminile. La letteratura indica che, nelle diverse regioni dell'OMS, nonostante le importanti differenze presenti, il divario per genere nel consumo di sigarette nei più giovani risulta minore rispetto a quanto si osserva negli adulti (Amos A et al., 2012).

Secondo la rilevazione della sorveglianza Progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia (Passi), l'abitudine al fumo in Toscana nella popolazione adulta di 18-69 anni risulta più diffusa negli uomini, nelle classi di età minori di 34 anni per poi ridursi progressivamente, nelle persone con livello di istruzione basso e in quelle con difficoltà economiche (Cecconi R et al., 2010). L'indagine Passi d'argento, realizzata nel 2012 e rivolta alla popolazione di età \geq 65 anni, conferma che anche negli anziani nella nostra regione la quota di fumatori è maggiore negli uomini rispetto alle donne (12,7% vs 6,8%). Complessivamente, inoltre, la prevalenza del consumo diminuisce con l'età: è del 13,4% nella fascia 65-74 anni e raggiunge il 5,5% negli ultrasettantatrenni (Passi d'argento 2012, dati non pubblicati).

3.2 Alcol

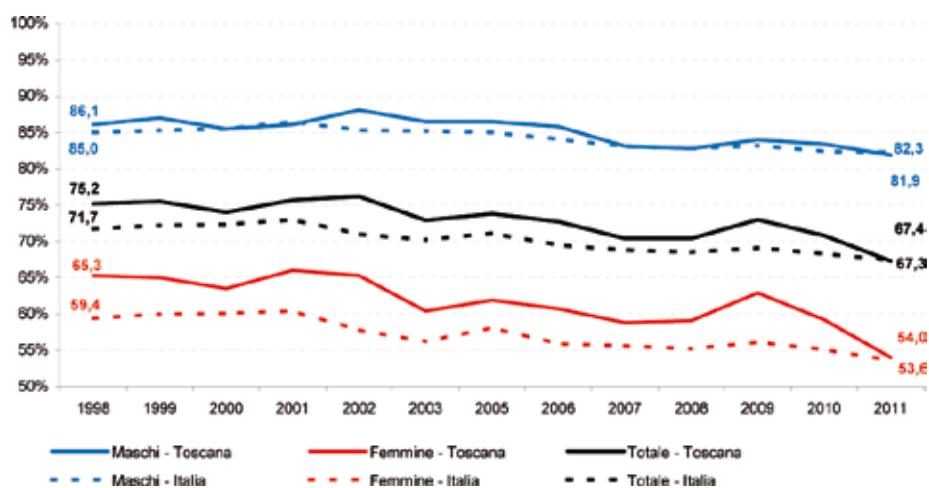
Le differenze di genere nel consumo di alcol e le conseguenze sulla salute ad esso associate sono state oggetto di diversi studi. È stato evidenziato che, negli adulti, i maschi consumano maggiormente bevande alcoliche ed hanno più problematiche alcol-correlate rispetto alle femmine. La *National Survey on Drug Use and Health* (NSDUH – Indagine nazionale su consumo di sostanze e salute) condotta negli Stati Uniti riferita al 2008, ad esempio, ha rilevato che tra i 18 e i 25 anni, il 65,3% degli uomini e il 57,1% delle donne consuma alcol e, in coloro di 26 anni o più, le percentuali sono, rispettivamente, del 60,8% e del 47,9%. Gli uomini che consumano bevande alcoliche, inoltre, risultano essere più a rischio di sviluppare disordini associati: sempre negli Stati Uniti è stato stimato che, nel corso della loro vita, il 12,5% degli uomini e il 6,4% delle donne hanno problemi di abuso di alcol, e che il 20,1% degli uomini e il 6,4% delle donne possono essere classificati come dipendenti dalla sostanza. La letteratura sull'uso di alcol negli adulti ha indicato che, nelle donne, la sensibilità fisiologica a inferiori quantità di alcol, la maggiore disapprovazione della società nei confronti del bere, e l'aumentato rischio di aggressioni fisiche e sessuali rappresentano fattori preventivi rispetto all'uso pesante di bevande alcoliche. Le donne, inoltre, hanno minori probabilità di avere caratteristiche associate al consumo eccessivo di alcol, quali aggressività, utilizzo della sostanza per ridurre lo stress, ricerca di sensazioni forti e antisocialità (Schulte MT et al., 2009; Nolen-Hoeksema S, 2004).

In Toscana, secondo l'indagine ISTAT Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana", nel 2011 la quota di bevitori di almeno una bevanda alcolica (vino, birra, liquori, aperitivi alcolici e amari) è pari al 67,3%, con una prevalenza più alta nel genere maschile (81,9%

vs 54,0%), in linea con il dato nazionale. L'andamento della quota di bevitori in Toscana, come in Italia, nel periodo 1998-2011 risulta in diminuzione, in particolar modo per le donne, e vede mantenere negli anni la differenza di genere (**Figura 3.3**). La quota di bevitrice in Toscana si è mantenuta negli anni al di sopra del dato medio italiano, ad eccezione del 2011, in cui i dati si equivalgono.

Figura 3.3

Consumatori (%) di almeno una bevanda alcolica, età ≥ 14 anni – Toscana e Italia, anni 1998-2011 – Fonte: elaborazioni ARS su dati ISTAT



In Toscana, nel 2011, nella popolazione di 11 anni o più, abbiamo riscontrato consumi di alcol (in termini di quantità media totale procapite al giorno¹⁰) più alti rispetto al contesto nazionale (12,9 grammi vs 10,8 grammi). Anche in questo caso emergono delle differenze di genere, con consumi medi più alti negli uomini (rispettivamente, nella nostra regione, 16,4 vs 8,1 grammi, e, in Italia, 14,3 vs 5,8 grammi). Le femmine toscane si collocano al primo posto per consumo medio giornaliero procapite, seguite dalle liguri e dalle piemontesi, mentre i maschi nella nostra regione risultano al quarto posto, dopo Molise, Abruzzo e Basilicata.

I bevitori fuori pasto (tutti i giorni, qualche volta a settimana o più raramente), nel 2011 costituiscono il 25,3% della popolazione toscana di 14 anni o più, mentre in Italia la prevalenza risulta del 28,8%. Da evidenziare il dato che, nel tempo, la quota di bevitori fuori pasto è aumentata: nel 1993 era un'abitudine del 20,6% dei toscani e del 21,3% degli italiani. L'abitudine quotidiana o saltuaria di bere alcolici fuori pasto è più diffusa negli uomini rispetto alle donne, sia in Italia che in Toscana; tuttavia, tale

¹⁰ I valori sono calcolati sui bevitori di almeno una bevanda alcolica.

proporzione nei maschi toscani è inferiore rispetto al dato nazionale (35,2% vs 41,2%), mentre nelle femmine i comportamenti delle toscane sono in linea con quelli nazionali (16% vs 17,2%).

Nella nostra regione, la proporzione di consumatori coinvolta nel *binge drinking* (l'assunzione di 6 o più unità alcoliche in un'unica occasione)¹¹, quindi del bere in eccesso, è inferiore rispetto al dato italiano (5,4% vs 7,8%) (Tabella 3.2.1). Il confronto tra i generi vede questa pratica più diffusa nei maschi, sia in Toscana che a livello nazionale. Il consumo *binge* nei maschi risulta nella nostra regione inferiore alla media italiana (7,8% vs 12,5), mentre nelle femmine è in linea con il dato nazionale (3,1% vs 3,4%). Andando più nel dettaglio, la prevalenza del *binge drinking* in Toscana risulta tra le più basse tra le regioni italiane (solo in Campania, Puglia e Sicilia il dato è inferiore a quello toscano), dato evidente in particolare per i maschi, per i quali solo in Puglia si registra una prevalenza inferiore a quella toscana.

I bevitori a rischio, caratterizzati dal consumo di più di 40 grammi di alcol al giorno per i maschi e più di 20 grammi di alcol al giorno per le femmine, rappresentano il 9,4% della popolazione di 14 anni o più in Toscana ed il 7,3% in Italia. La diffusione di questa modalità di consumo eccedentario non mostra rilevanti differenze nei due generi, e, inoltre, sia i maschi che le femmine mantengono prevalenze più alte nella nostra regione rispetto alla media italiana (Tabella 3.2). Analizzando i consumi in Toscana, la birra risulta la bevanda preferita nei maschi dai 20 ai 39 anni che, nelle età successive, è rappresentata dal vino; nelle donne, a partire dai 20 anni, il vino rappresenta la bevanda alcolica preferita.

Tabella 3.2
Consumatori (%) di bevande alcoliche per modalità di consumo – Toscana e Italia, anno 2011 – Fonte: elaborazioni ARS su dati ISTAT

Territorio	<i>Binge drinker</i> (età ≥ 11 anni)			A rischio* (età ≥ 14 anni)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Toscana	7,8	3,1	5,4	9,0	9,8	9,4
Italia	12,5	3,4	7,8	7,7	7,0	7,3

* Bevitori a rischio: consumo di più di 40 grammi di alcol al giorno per i maschi e consumo di più di 20 grammi di alcol al giorno per le femmine.

Nel complesso, negli uomini toscani, il consumo di bevande alcoliche in occasioni diverse dal pasto e il fenomeno del *binge drinking* risultano meno diffusi rispetto ai coetanei italiani, mentre nelle femmine questi comportamenti sono analogamente rappresentati in Toscana e in Italia. Il consumo a rischio, in termini di gr/die di alcol, risulta di poco più diffuso nella nostra regione in entrambi i generi, ma più marcatamente

¹¹ Le diverse indagini definiscono differentemente i valori soglia del *binge drinking*.

nelle donne. Emergono, inoltre, alcune peculiarità nei due generi in Toscana: negli uomini le prevalenze di bevitori, di consumo di bevande alcoliche in occasioni diverse dal pasto e di *binge drinking* risultano superiori rispetto alle coetanee, mentre il consumo a rischio, secondo i grammi di alcol/die assunti, è sovrappponibile nei maschi e nelle femmine.

L'indagine EDIT consente di descrivere i comportamenti rispetto all'uso di alcol negli adolescenti della nostra regione (ARS Toscana, 2011). Nella rilevazione del 2011, il 72,2% del campione di studenti di età compresa tra i 14 e i 19 anni ha dichiarato di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel mese precedente all'intervista, in particolare il 74,8% dei maschi e il 69,9% delle femmine. La prevalenza del consumo di alcolici aumenta in entrambi i generi al crescere dell'età. Gli aperitivi e gli spumanti rappresentano le bevande preferite dalle adolescenti per tutte le età, mentre nei maschi rappresentano le bevande di socializzazione al consumo, ma la birra diviene poi la preferita. Il consumo medio giornaliero di alcol risulta, nel 2011, di 13,1 grammi, con valori più alti nei maschi (15,4 grammi) rispetto alle femmine (10,4 grammi), così come osservato nei dati ISTAT riferiti alla popolazione generale. In entrambi i generi, il consumo di alcolici si concentra nei giorni del fine settimana. Quasi la metà del campione (51,3%), il 53,8% dei maschi e il 48,7% delle femmine, riferisce di aver avuto almeno un episodio di ubriacatura nell'ultimo anno: i dati indicano una sostanziale omogeneizzazione di questo comportamento nei due generi e, sempre in entrambi i generi, la quota è aumentata rispetto alle rilevazioni precedenti. L'analisi del fenomeno del *binge drinking*, vale a dire il consumo nella stessa occasione di più di 5 o più bicchieri di qualsiasi bevanda alcolica¹², mostra differenze di genere piuttosto rilevanti. Nel 2011, il 40,1% dei maschi e il 29,5% delle femmine ha dichiarato di aver messo in atto tale modalità di consumo eccedentario di alcol nell'ultimo mese (solo per i 14enni e i 15enni non si riscontrano diversità marcate nelle prevalenze). Come per le ubriacature, anche la prevalenza del *binge drinking* risulta in aumento per tutte le età e in entrambi i generi. Complessivamente, per quanto riguarda gli adolescenti, i ragazzi sembrano avere una maggiore propensione all'uso di alcol e ai consumi eccedentari, in particolare per quanto riguarda il *binge drinking*, rispetto alle ragazze. Tuttavia, per alcuni comportamenti, quali l'aver avuto episodi di ubriacature, le differenze nei due generi risultano minime.

Lo studio HBSC condotto sui ragazzi di 11, 13 e 15 anni, conferma che in Toscana, come in Italia, il fenomeno del *binge drinking*, identificato come l'assunzione di 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione¹³, aumenta con l'età e mostra una maggiore prevalenza nei maschi. Consente, inoltre, di fare un confronto tra dati regionali e nazionali: tale modalità di consumo eccedentario nei ragazzi toscani è inferiore rispetto ai coetanei italiani, mentre nelle ragazze i valori sono sovrappponibili (Cavollo F et al.,

¹² V. nota n. 2.

¹³ V. nota n. 2.

2013).

La rilevazione Passi del 2010 indica che nella popolazione toscana di 18-69 anni, la prevalenza di consumatori e di bevitori a rischio¹⁴ è maggiore negli uomini rispetto alle donne. L'indagine Passi d'argento fornisce informazioni sulle abitudini rispetto al consumo di alcol nella popolazione più anziana, di età pari o superiore a 65 anni (Passi d'argento 2012, dati non pubblicati). Con l'aumentare dell'età, la sensibilità alla sostanza aumenta, a causa di cambiamenti fisiologici e metabolici dell'organismo. L'alcol, inoltre, interferisce con l'uso dei farmaci, assunti negli anziani spesso quotidianamente. In Toscana, la prevalenza di consumatori di bevande alcoliche nella popolazione analizzata nell'indagine è maggiore negli uomini rispetto alle donne, in linea con i dati delle altre rilevazioni: risulta, rispettivamente, di 55,2% vs 23,5%. I bevitori a rischio¹⁵ sono maggiormente rappresentati nella popolazione maschile (34,8% vs 8,6%).

Il modello di consumo toscano sembra seguire ancora in prevalenza il modello tradizionale, tipico dell'area mediterranea, del bere ai pasti, ma tra i più giovani si sta invece sempre più diffondendo, purtroppo, un modello di consumo tipico delle aree nordeuropee: grandi quantità di alcol (soprattutto aperitivi, superalcolici e birra) consumate in poche occasioni.

3.3 Alimentazione

Le scelte che si compiono rispetto all'alimentazione rappresentano un comportamento umano complesso, influenzato da molti fattori intercorrelati, che comprendono meccanismi biologici, genetici ed elementi sociali e culturali. La ricerca scientifica ha evidenziato delle differenze di comportamento nei due generi. Studi condotti nelle moderne società occidentali riportano associazioni tra genere e specifici cibi, in cui carne (specialmente rossa), alcolici e dimensioni abbondanti delle porzioni sono associati al genere maschile, mentre verdura, frutta, pesce e latticini acidi (come yogurt, ricotta) sono associati a quello femminile. Tra le differenze più rilevanti nei due generi vengono riportate la relazione tra abitudini alimentari e consapevolezza rispetto alla salute e tra comportamento alimentare e controllo del peso. Le donne, generalmente, mostrano una tendenza a dare la preferenza ad alimenti più salutari e sono molto più interessate all'importanza delle scelte e del comportamento rispetto all'alimentazione per mantenersi in buona forma fisica. Tale attitudine si riflette sul pattern nutrizionale. La maggiore assunzione di frutta e verdure rappresenta uno degli elementi che caratterizzano il profilo

¹⁴ Bevitori fuori pasto o bevitori *binge* (5 o più unità alcoliche negli uomini e 4 o più unità alcoliche nelle donne consumate in un'unica occasione) o forti bevitori (più di 2 unità alcoliche/die negli uomini e più di 1 unità alcolica/die nelle donne). La definizione di *binge drinking* differisce da quella delle altre indagini.

¹⁵ Nella rilevazione Passi d'argento sono considerati bevitori a rischio i consumatori di più di una unità alcolica al giorno, pari a 12 grammi di alcol/die.

dietetico del genere femminile (Arganini C et al., 2012).

Negli anni, secondo l'indagine Multiscopo ISTAT, in Toscana come in Italia, alcune modifiche hanno caratterizzato gli stili alimentari: si tende nel tempo a differire alla cena il pasto più importante della giornata; l'abitudine a pranzare a casa nei giorni non festivi risulta progressivamente meno diffusa; aumenta la percentuale di soggetti che ha la consuetudine di fare una prima colazione adeguata. Tali mutamenti nei comportamenti si sono osservati sia negli uomini che nelle donne. Nel complesso, quindi, le abitudini rispetto all'alimentazione sembrano lentamente e gradualmente modificarsi per adattarsi, probabilmente, ai nuovi ritmi quotidiani della famiglia, che hanno interessato entrambi i generi. Questi cambiamenti nel genere femminile trovano una maggiore espressione in Toscana nel confronto con il dato nazionale (**Tabella 3.3**).

Tabella 3.3

Percentuale di soggetti di tre anni e più per stile alimentare – Toscana e Italia, anni 1993 e 2011 – Fonte: elaborazioni ARS su dati ISTAT

Stile alimentare	Toscana		Italia	
	1993	2011	1993	2011
Maschi				
Colazione adeguata	75,7	82,8	66,4	78,2
Pranzo in casa	82,0	67,0	81,0	69,0
Pasto principale - pranzo	74,5	56,5	77,7	66,9
Pasto principale - cena	22,4	37,2	19,6	27,2
Femmine				
Colazione adeguata	75,1	89,9	69,6	84,1
Pranzo in casa	90,1	79,2	90,4	81,2
Pasto principale - pranzo	78,4	65,0	80,9	71,1
Pasto principale - cena	16,5	27,2	15,5	20,3
Totale				
Colazione adeguata	75,4	86,5	68,0	81,2
Pranzo in casa	86,2	73,3	85,9	75,3
Pasto principale - pranzo	76,5	60,9	79,3	69,1
Pasto principale - cena	19,3	32,0	17,5	23,7

* Per adeguata, si intende una colazione in cui non si assumono soltanto tè o caffè, ma si beve latte e/o si mangia qualcosa.

Le caratteristiche della dieta rispetto al consumo di alcuni alimenti mostrano delle differenze nei due generi. Nel confronto, il consumo di pane, pasta e riso, salumi, carni bovine e suine è maggiore negli uomini, mentre latte, verdure, ortaggi, frutta sono più diffusi nell'alimentazione delle donne, così come la maggiore attenzione all'uso di sale e/o cibi salati (**Tabella 3.4**). Differenze analoghe si sono osservate a livello nazionale.

Tabella 3.4

Percentuale di soggetti di tre anni e più per consumo di alcuni alimenti, per genere – Toscana, anno 2011 – Fonte: elaborazioni ARS su dati ISTAT

Alimenti	Toscana		
	Maschi	Femmine	Totale
Pane, pasta, riso almeno una volta al giorno	90,0	84,0	86,9
Salumi almeno qualche volta alla settimana	64,9	52,9	58,6
Carni bianche almeno qualche volta alla settimana	86,6	85,0	85,8
Carni bovine almeno qualche volta alla settimana	75,6	69,2	72,3
Carni di maiale almeno qualche volta alla settimana	56,1	46,7	51,1
Latte almeno una volta al giorno	61,7	69,4	66,0
Formaggio almeno una volta al giorno	19,8	21,2	20,5
Uova almeno qualche volta alla settimana	56,1	55,9	56,0
Verdure almeno una volta al giorno	53,0	60,0	56,7
Ortaggi almeno una volta al giorno (pomodori ecc.)	47,6	54,6	51,3
Frutta almeno una volta al giorno	74,7	81,2	78,4
Legumi secchi o in scatola almeno qualche volta alla settimana	49,4	46,8	48,1
Pesce almeno una volta alla settimana	57,9	59,0	58,5
Snack salati almeno qualche volta alla settimana	19,1	15,9	17,4
Dolci almeno qualche volta alla settimana	48,4	47,1	47,7
Cottura con olio di oliva e grassi vegetali	99,4	99,6	99,5
Condimento a crudo con olio di oliva e grassi vegetali	99,2	99,0	99,1
Presta attenzione al consumo di sale e/o di cibi salati	67,2	74,7	71,1
Usa sale arricchito di iodio	47,6	50,8	49,2

Le differenze nei due generi riguardo al consumo di frutta, verdura e ortaggi trovano conferma andando ad analizzare i dati rispetto al numero di porzioni al giorno (**Tabella 3.5**). Le donne hanno un consumo quotidiano più alto di tali alimenti: in Toscana, il 44,2% ne assume 3 o più porzioni al giorno, contro il 33,5% nei maschi. Occorre sottolineare, tuttavia, che l'assunzione di tali alimenti è ancora molto lontana da quanto consigliato nelle linee-guida nazionali (INRAN, 2003) che individuano in cinque o più le porzioni da consumare quotidianamente. Le donne seguono maggiormente la raccomandazione rispetto agli uomini (in Toscana, 4,2% vs 2,2%). Considerando il consumo di 3 o più porzioni/die, i dati toscani sono in linea con quelli italiani; solo nelle donne si osserva una quota di poco superiore rispetto al dato nazionale (+ 2,9%).

Tabella 3.5

Percentuale di soggetti di tre anni e più per porzioni di frutta, verdura e ortaggi consumate al giorno, per genere – Toscana e Italia, anno 2011 – Fonte: elaborazioni ARS su dati ISTAT

N. porzioni/ die	Toscana			Italia		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Nessuna	18,7	11,8	15,1	17,7	12,4	15,0
1	15,7	12,7	14,1	17,1	14,4	15,7
2	32,2	31,3	31,7	32,6	32,0	32,3
3	16,6	19,3	18,0	17,0	19,8	18,4
4	14,7	20,7	17,8	12,2	16,6	14,4
5 e più	2,2	4,2	3,2	3,4	4,9	4,2
Totale	100	100	100	100	100	100

L'indagine nazionale “Okkio alla salute”, condotta nelle diverse regioni, fornisce alcuni dati sulle abitudini alimentari dei bambini di 8-9 anni. Dalle varie informazioni raccolte nel 2010, si rileva che, in Toscana, non è emersa differenza di genere nella quota di bambini che fanno una merenda di metà mattina nutrizionalmente adeguata e nel consumo di frutta e verdura. Al contrario, la prevalenza di consumo di bevande zuccherate almeno una volta al giorno è più alta nei maschi (44,6%) rispetto alle femmine (34,6%), mentre non vi è differenza di genere per quanto riguarda le bibite gassate. Rispetto alla rilevazione precedente realizzata nel 2008, si osserva nel complesso un miglioramento nel consumo di merende adeguate a metà mattina (dal 11,2% al 27,4%) e un aumento del consumo di almeno 5 porzioni/die di frutta e verdura (dal 2,2% all'8,2%). L'assunzione almeno una volta al giorno di bibite zuccherate e/o gassate è passata dal 37,3% al 41,3% (Giacchi MV et al., 2010).

Nei ragazzi di 11, 13 e 15 anni, nell'ultima rilevazione dello studio HBSC realizzata nel 2009/2010 (Giacchi MV et al., 2010; Cavallo F et al., 2013), al crescere dell'età, sia in Toscana che in Italia, diminuisce la frequenza di consumo quotidiano di frutta e, rispetto ai generi, le femmine ne fanno un consumo maggiore dei maschi, soprattutto se consideriamo i ragazzi più grandi (nella nostra regione, ad esempio, è un'abitudine del 29% dei maschi e del 40% delle femmine all'età di 15 anni). Non si osservano differenze rilevanti tra Toscana e Italia. Anche riguardo al consumo di verdura si evidenziano differenze per genere: risulta più alta la percentuale di femmine che dichiara di consumarne quotidianamente. I dati sulla prevalenza di consumo di verdura almeno una volta al giorno nella nostra regione sono superiori ai valori nazionali nelle tre età considerate, in entrambi i generi: a 11 anni, risulta nei maschi del 24% vs il 18% e nelle femmine del 35% vs il 24%; a 13 anni, nei maschi 27% vs 18% e nelle femmine 32% vs 22%; a 15 anni, nei maschi 21% vs 17% e nelle femmine 36% vs 23%. Infine, alcune considerazioni sul consumo di bibite zuccherate: in Toscana nell'ultima rilevazione

2009/2010 hanno dichiarato di consumarne almeno una volta al giorno, tutti i giorni, il 13,2% degli undicenni, il 13,4% dei tredicenni e il 15,8% dei quindicenni, senza marcate differenze di consumo nei due generi. In Italia, invece, il consumo quotidiano di bibite zuccherate è più diffuso nei maschi.

Negli adulti toscani di 18-69 anni, secondo lo studio Passi, solo l'11% segue la raccomandazione di consumare almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno, con valori più alti nelle donne (13,3%) rispetto agli uomini (7,7%) e nelle persone sopra i 50 anni. Il 42% della popolazione ne assume 3-4 porzioni (Cecconi R et al, 2010). Nella popolazione toscana di 65 anni o più, in base alle informazioni raccolte dall'indagine "Passi d'argento", si conferma il maggior consumo di frutta e verdura da parte delle donne: l'assunzione di 3 o più porzioni/die di tali alimenti si registra nel 58,7% degli uomini e nel 61,9% delle donne (Passi d'argento 2012, dati non pubblicati). Anche in questa fase della vita, un adeguato apporto di frutta e verdura contribuiscono a proteggere dalle patologie cardiovascolari e neoplastiche, a migliorare la funzionalità intestinale e la gestione del diabete mellito di tipo II.

In sintesi, in Toscana, il profilo alimentare nel genere femminile si rivela orientato verso un maggior consumo di frutta e verdura, a partire dall'adolescenza, oltre che di latte. Negli uomini, in Toscana, la dieta, oltre ad essere meno attenta all'apporto di frutta e verdura, risulta più ricca di salumi e carni. Il consumo a livelli adeguati di frutta e verdura rimane una criticità rispetto alle abitudini alimentari, in Toscana come in Italia.

3.4 Attività fisica e sportiva

La pratica dell'attività fisica apporta benefici significativi per la salute. La letteratura scientifica ha stimato una riduzione di circa il 30% della mortalità per tutte le cause negli individui attivi, in entrambi i generi, rispetto ai meno attivi, e la relazione si mantiene anche nei soggetti oltre i 65 anni. È stata evidenziata una riduzione della morbilità e mortalità cardiovascolare da danno coronarico, stroke, pressione arteriosa e dislipidemia nei soggetti che svolgono attività fisica. Forti evidenze dimostrano un'associazione tra attività fisica e protezione dal diabete di tipo II. Riguardo alle patologie tumorali, emerge un'associazione protettiva per il tumore della mammella e del colon ed evidenze crescenti mostrano tale associazione anche per il tumore di polmone ed endometrio (Cipriani F et al., 2011). L'inattività fisica, all'opposto, rappresenta un importante fattore di rischio per le malattie croniche. Vista la rilevanza per la salute di uno stile di vita attivo, la letteratura si è interrogata sui fattori associati alla pratica o meno dell'attività motoria. Un recente lavoro ha rilevato che anche il genere risulta tra i fattori associati alla pratica dell'attività fisica, in particolare quello maschile, insieme ad altre variabili, come la fiducia nelle proprie capacità fisiche (self-efficacy), l'avere già praticato attività fisica e il

supporto della famiglia negli adolescenti (Bauman AE et al., 2012).

I dati ISTAT più recenti (anno 2011) che riguardano la popolazione toscana a partire dai 3 anni di età, indicano che solo il 23,5% pratica con continuità uno sport (il 22% in Italia), mentre l'8,5% ha dichiarato di svolgerlo saltuariamente (**Tabella 3.6**). Le persone che hanno dichiarato di svolgere qualche attività fisica sono il 31,4% della popolazione (il 27,8% in Italia). In Toscana, la quota di soggetti che non praticano alcun tipo di attività fisica sono il 36,5%, di poco inferiore rispetto all'Italia (40%). In entrambi i generi, i toscani risultano tendenzialmente meno sedentari rispetto alla popolazione complessiva in Italia.

Tabella 3.6

Percentuale di soggetti di tre anni e più che praticano sport o qualche attività fisica e soggetti che non ne praticano, per genere – Toscana e Italia, anno 2011 – Fonte: elaborazioni ARS su dati ISTAT

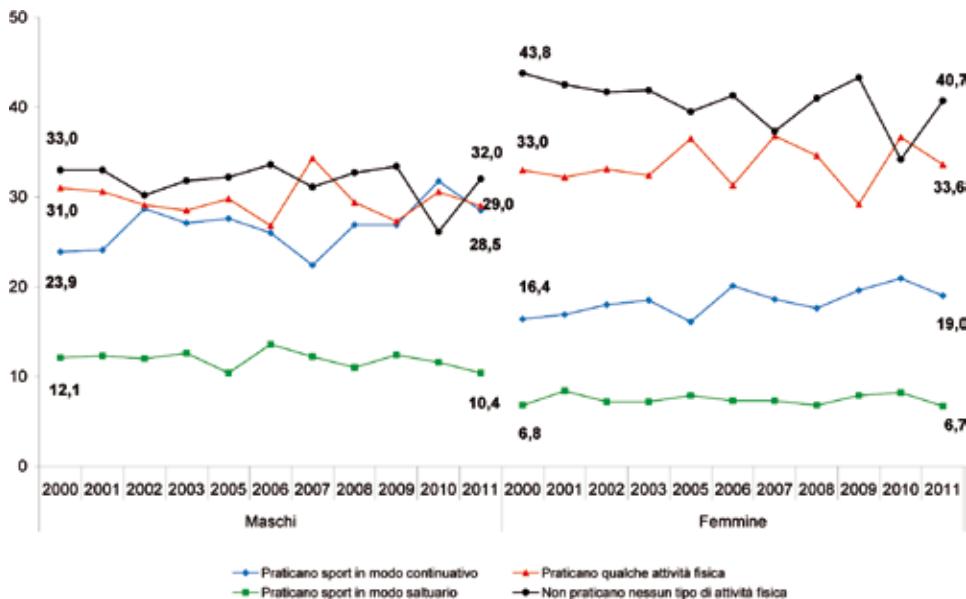
Territorio	Pratica sport		Pratica qualche attività fisica*	Non pratica alcun tipo di attività fisica
	In modo continuativo	In modo saltuario		
Toscana				
Maschi	28,5	10,4	29,0	32,0
Femmine	19,0	6,7	33,6	40,7
Totali	23,5	8,5	31,4	36,5
Italia				
Maschi	26,1	12,6	26,1	35,1
Femmine	18,1	7,9	29,4	44,6
Totali	22,0	10,2	27,8	40,0

* Come fare passeggiate per almeno 2 km, nuotare, andare in bicicletta.

Il trend temporale complessivo nella popolazione toscana indica un incremento negli anni della pratica di sport in maniera continuativa, sia negli uomini che nelle donne (**Figura 3.4**). Il genere femminile, tuttavia, rimane comunque più sedentario: nel 2011, in Toscana, non pratica alcun tipo di attività fisica il 40,7% delle femmine e il 32% dei maschi. Si segnala che nel 2011, sia in Italia che in Toscana, la pratica di sport con regolarità ha subito una flessione in negativo.

Figura 3.4

Percentuale di soggetti di tre anni e più che praticano sport o qualche attività fisica e soggetti che non ne praticano, per genere – Toscana, anni 2000-2011 Fonte: elaborazioni ARS su dati ISTAT



Analizzando il fenomeno per fasce di età, l'indagine “OKkio alla SALUTE” del 2010 ha stimato che, in Toscana, solo il 16,2% dei bambini di circa otto anni di età svolge attività fisica almeno un'ora al giorno per 5-7 giorni alla settimana (il 16% in Italia), in particolare il 19% dei maschi e il 13% delle femmine. Il valore regionale di tale prevalenza è in aumento rispetto al 2008, in cui era pari all'8%. Occorre precisare che i livelli raccomandati per la fascia di età 5-17 anni sono di almeno 60 minuti quotidiani di attività fisica di intensità da moderata a vigorosa (WHO, 2010). È evidente che, sia in Toscana che in Italia, nei bambini è poco diffusa la pratica dell'attività fisica secondo i livelli raccomandati. Nel 2010, il 35,1% dei bambini toscani, la quota più alta, fa almeno un'ora di attività fisica per due giorni a settimana, mentre il 6,2% non ne svolge neanche per un giorno a settimana. È confermata anche nei più piccoli la maggiore propensione al movimento dei maschi, che fanno attività fisica più giorni rispetto alle femmine. Se consideriamo i comportamenti sedentari, la prevalenza di bambini che trascorre più di due ore davanti alla televisione o ai videogiochi (valore di esposizione limite raccomandato) è maggiore nei maschi (38,3%) rispetto alle femmine (22,5%) (Giacchi MV et al., 2010).

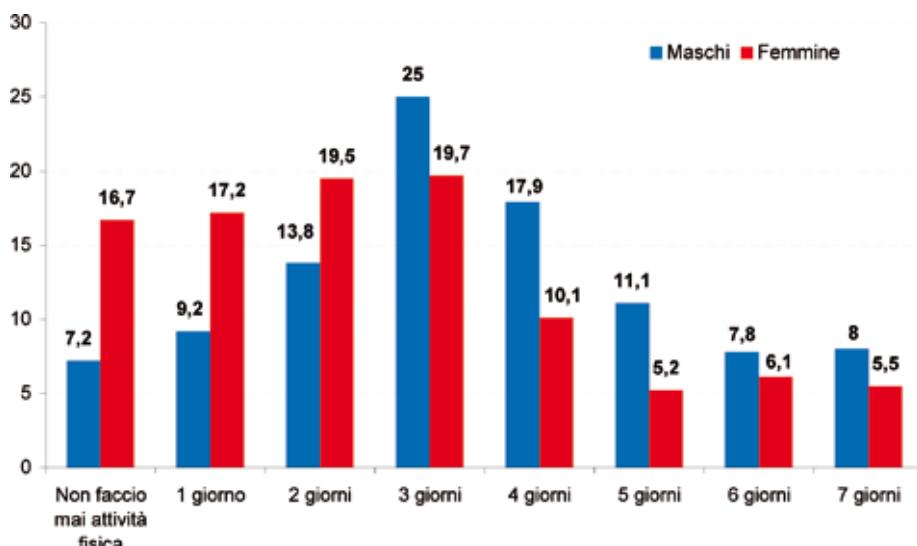
Salendo con l'età della popolazione, in Toscana la pratica dell'attività fisica secondo i livelli raccomandati (almeno un'ora al giorno tutti i giorni) nei ragazzi di 11, 13 e 15 anni è scarsa e in linea con i dati italiani. Unica eccezione è rappresentata dai

quindicenni maschi toscani, che più frequentemente hanno comportamenti coerenti con quelli raccomandati rispetto ai coetanei italiani (13% vs 10%). Se consideriamo, tuttavia, quanti praticano attività fisica almeno un'ora al giorno per almeno tre giorni alla settimana, la proporzione è maggiore negli studenti toscani rispetto ai coetanei italiani. Sia in Toscana che in Italia, l'abitudine è più diffusa nei maschi (Giacchi MV et al., 2010; Cavallo F et al., 2013).

Salendo con l'età della popolazione, lo studio EDIT indica che, in Toscana, anche negli adolescenti di età 14-19 anni, i ragazzi fanno più movimento delle ragazze (Ars Toscana, 2011). Nel 2011, solo il 6,8% del campione raggiunge il valore raccomandato di pratica di attività fisica almeno un'ora al giorno tutti i giorni, l'8% nei maschi e il 5,5% nelle femmine (**Figura 3.5**). Considerando complessivamente le frequenze di pratica quotidiana di almeno un'ora di attività fisica per tre o più giorni a settimana, la prevalenza sale a 69,8% nei maschi e 46,6% nelle femmine. La percentuale di soggetti che non pratica mai attività fisica tende a crescere con l'età in entrambi i generi. L'indagine EDIT ha rilevato, inoltre, che, nel 2011, il 77,4% degli adolescenti ha praticato qualche attività sportiva nell'ultimo anno, in linea con le rilevazioni precedenti, e, in particolare, l'84,8% dei maschi e il 69,5% delle femmine. La maggior parte dei ragazzi (46,5%) ha praticato sport con una frequenza di 3-5 volte a settimana. I dati sulla pratica dell'attività sportiva confermano la maggiore attitudine da parte dei maschi ad avere uno stile di vita attivo. Lo sport preferito dai maschi risulta calcio/calciotto, seguito da ginnastica/palestra, pallacanestro e nuoto, mentre nelle femmine il primato va a ginnastica/palestra e danza/aerobica, seguite da pallavolo e nuoto.

Figura 3.5

Prevalenza (%) di adolescenti di 14-19 anni che praticano attività fisica per almeno 1h/die per numero di giorni a settimana, per genere, anno 2011 – Fonte: studio EDIT, ARS Toscana



Attraverso lo studio Passi, è possibile avere informazioni sulle abitudini rispetto alla pratica dell'attività motoria nella fascia di età 18-69 anni, in Italia, nelle diverse regioni e per singola Azienda USL. Nel 2010, in Toscana, il 33,3% dei soggetti intervistati riferisce di effettuare un lavoro pesante o di praticare attività fisica a un livello che può essere definito attivo (aderisce alle linee-guida che raccomandano 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni); il 39% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato ed il 28% risulta completamente sedentario. I dati toscani sono in linea con quelli nazionali. L'analisi per genere indica che, nella nostra regione, risultano sedentari il 25,5% degli uomini (29% in Italia) e il 30,1% delle donne (32% in Italia). È da evidenziare l'aumento della prevalenza di sedentari dal 2007 al 2010, sia in Toscana (dal 24% al 28%, con il maggiore incremento osservato tra il 2009 ed il 2010) che in Italia (dal 28% al 31%). La sedentarietà, inoltre, oltre che nelle donne, risulta maggiormente diffusa al crescere dell'età, nelle persone che hanno il minor grado di istruzione e con molte difficoltà economiche (Cecconi R et al., 2010).

Complessivamente, la pratica dell'attività fisica dovrebbe essere incrementata, in Toscana come in Italia; le donne si collocano nelle fasce più deboli rispetto a questo comportamento, insieme a bambini, anziani, le persone con livello culturale più basso e con difficoltà economiche.

3.5 Peso e obesità

L'eccesso di peso rappresenta, come è noto, un importante fattore di rischio per mortalità e morbilità da malattie cardiovascolari, diabete, alcuni tipi di neoplasie, disordini muscolo-scheletrici. A livello mondiale, è stato stimato che, nel 2008, il valore medio di *Body Mass Index* (BMI – Indice di massa corporea)¹⁶ negli adulti, standardizzato per età, era 23,8 kg/m² negli uomini e 24,1 kg/m² nelle donne. Il valore era superiore nei maschi rispetto alle femmine nelle regioni da alto reddito, mentre un andamento opposto è stato osservato nella maggior parte delle aree a basso e medio reddito. Per quanto riguarda l'obesità, la prevalenza, standardizzata per età è risultata pari a 9,8% negli uomini e 13,8% nelle donne (Finucane MM et al., 2011). I diversi Paesi differiscono nelle prevalenze di sovrappeso e obesità nei due generi, anche se, globalmente, la diffusione è più alta nelle donne. Tuttavia, nei Paesi ad alto reddito, e, secondo una classificazione geografica, nelle regioni dell'Europa, dell'Asia centrale e della

¹⁶ L'Indice di massa corporea (IMC o, in inglese, BMI, *Body Mass Index*) è un parametro che esprime il rapporto tra peso e altezza di un individuo, secondo la formula peso(kg)/altezza²(m²). In base al valore di BMI, i soggetti adulti possono essere classificati in sottopeso (BMI <18,5 kg/m²), normopeso (BMI ≥ 18,5 e < 25 kg/m²), sovrappeso (BMI ≥ 25 e < 30 kg/m²) e obesi (BMI ≥ 30 kg/m²). Nei bambini ed adolescenti, i valori soglia di BMI sono età e sesso specifici.

Organization for Economic Co-operation and Development (OECD – Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico), il sovrappeso è maggiormente presente nel genere maschile (Kanter R e Caballero B, 2012). Complessivamente, nei Paesi dell'OECD, di cui fa parte anche l'Italia, la diffusione dell'obesità nei due generi è simile: nella popolazione di 15 anni o più, le stime più recenti indicano una prevalenza del 18,1% nelle femmine e 17,5% nei maschi. Per quanto riguarda il sovrappeso, è risultato del 28,9% nelle femmine e 41,3% nei maschi (OECD, 2013).

Le indagini ISTAT consentono di descrivere lo stato nutrizionale in tutti i soggetti sopra ai 18 anni, nella nostra regione e in Italia, in base ai valori di BMI. Nel 2011, in Toscana, i soggetti in sovrappeso rappresentano il 35,8% della popolazione, con differenze marcate nei due generi: 44,2% nei maschi e 28,2% nelle femmine. La prevalenza dell'obesità è pari a 8,5%, in particolare 9,4% nei maschi e 7,7% nelle femmine. Il sovrappeso, quindi, negli adulti in Toscana, come in Italia, interessa maggiormente la popolazione maschile, mentre l'obesità ha scarse differenze nei due generi. Se consideriamo il sottopeso, che corrisponde a un BMI minore di 18,5 kg/m², le prevalenze sono più alte nelle donne rispetto agli uomini (rispettivamente, 4% vs 0,6%) (**Tabella 3.7**).

Tabella 3.7
Percentuale di soggetti di 18 anni e più per classi di BMI e genere – Toscana e Italia, anno 2011 – Fonte: ARS su dati ISTAT

Classi di BMI	Toscana			Italia		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Sottopeso	0,6	4,0	2,4	0,9	5,0	3,0
Normopeso	45,9	60,1	53,3	41,9	58,6	50,6
Sovrappeso	44,2	28,2	35,8	46,7	27,1	36,5
Obeso	9,4	7,7	8,5	10,5	9,3	9,9
Totale	100	100	100	100	100	100

La distribuzione percentuale dei valori in Toscana, rispetto a quella italiana, mostra nel 2011 alcune diversità: nella nostra regione si registra una percentuale maggiore di normopeso (53,3% vs 50,6%), una prevalenza di poco inferiore di soggetti obesi (8,5% vs 9,9%) e in sovrappeso (35,8% vs 36,5%).

Nel periodo 2001-2011, la prevalenza del sovrappeso in Toscana ha mostrato una tendenza all'aumento, in entrambi i generi, pur con delle oscillazioni negli anni, mentre quella dell'obesità si è mantenuta più stabile. Anche in Italia, nello stesso arco temporale 2001-2011, si evidenzia sia nei maschi che nelle femmine una tendenza nel tempo ad un incremento della quota di soggetti in sovrappeso; riguardo all'obesità, emerge un lento trend in aumento della diffusione negli anni.

Rilevante per le ripercussioni a breve e a lungo termine sulla salute è l'analisi della diffusione del sovrappeso nei più giovani, bambini e adolescenti. I dati sullo stato

nutrizionale dei bambini toscani di 8-9 anni si ricavano dall'indagine nazionale "OKkio alla salute" (Giacchi MV et al., 2010). Nella nostra regione le percentuali di bambini in sovrappeso e obesi sono rimaste sostanzialmente stabili nelle due rilevazioni 2008 e 2010. Nel 2010, il 7,2% dei bambini è risultato obeso, il 21,2% in sovrappeso, il 70,7% normopeso e lo 0,8% sottopeso. Nei bambini, la percentuale di soggetti obesi diminuisce al crescere della scolarità della madre: 8,8% per titolo di scuola elementare o media, 6,8% per diploma di scuola media superiore, 5,0% per la laurea. Non si sono evidenziate differenze rilevanti tra i due generi, così come nell'indagine precedente. L'eccesso di peso nei bambini toscani nel 2010 risulta, nel complesso, tendenzialmente meno diffuso rispetto ai valori nazionali, soprattutto per una minore prevalenza di soggetti obesi (in Italia, i bambini in sovrappeso sono il 23% e gli obesi l'11%).

Salendo con l'età, lo studio HBSC (Giacchi MV et al., 2010) non evidenzia nella popolazione toscana importanti differenze nello stato nutrizionale dei soggetti di età 11, 13 e 15 anni dal 2003/04 al 2009/10. Nell'indagine 2009/2010, i ragazzi in sovrappeso sono risultati il 14,4% a 11 anni, il 12,5% a 13 anni e l'11,3% a 15 anni, mentre gli obesi, rispettivamente, il 2,4%, 2,0% e 1,6%. Considerando complessivamente i dati delle tre età analizzate, nella nostra regione l'eccesso di peso risulta meno diffuso rispetto ai valori riferiti all'Italia. L'eccesso di peso in queste età, inoltre, interessa maggiormente i maschi; inizia pertanto a rendersi evidente la differenza di genere che caratterizzerà soprattutto l'età adulta.

L'indagine EDIT consente di descrivere lo stato nutrizionale degli adolescenti toscani di 14-19 anni ed anche alcune informazioni sulla percezione del proprio corpo rispetto al peso corporeo (ARS Toscana, 2011). Il confronto dei dati dei tre anni in cui si è svolta la rilevazione indica un lieve trend in aumento del sovrappeso, la cui prevalenza è risultata del 9,9% nel 2005, 11,9% nel 2008 e 12,7% nel 2011. Lo stesso si osserva per l'obesità, con percentuali pari a 1,7% nel 2005, 2,3% nel 2008 e 2,7% nel 2011. Gli andamenti descritti sono analoghi nei due generi, ad eccezione del sovrappeso che non aumenta nei maschi dal 2008 al 2011. Le differenze osservate negli anni sono di lievi entità, ma è interessante sottolineare che indicano un trend in crescita, da monitorare negli anni anche in questa fascia di età che, comunque, presenta i valori più bassi di eccesso di peso rispetto quelli osservati nelle altre fasi della vita. Prendendo in esame le differenze di genere, sovrappeso e obesità interessano maggiormente i maschi (nel 2011, rispettivamente, 15,2% e 3,3%) rispetto alle femmine (nel 2011, rispettivamente, 9,9% e 2%), mentre la magrezza è più diffusa nelle ragazze. Il 70,2% dei ragazzi normopeso dichiara di percepire il proprio peso "nella norma", indicando una sostanziale buona corrispondenza tra condizione "reale" e valutazione soggettiva dello stato nutrizionale. Nelle ragazze, al contrario, solo il 49,3% di coloro che risultano normopeso secondo il BMI dichiara di considerarsi "nella norma" rispetto al peso, e il 40,8% si percepisce come "un po' al di sopra della norma". La maggiore dispercezione della propria condizione nutrizionale, e anche dell'attenzione del genere femminile al mantenimento di un basso peso corporeo, viene confermata anche dal fatto che, mentre il 64% dei maschi

normopeso dichiara di stare cercando di mantenere il proprio peso o non mette in atto comportamenti a riguardo, ben il 61,4% delle ragazze normopeso sta cercando di perdere peso.

L'indagine Passi del 2010 mostra che nella popolazione toscana di 18-69 anni l'eccesso ponderale, vale a dire sovrappeso e obesità, cresce con l'aumentare dell'età ed è più frequente negli uomini e nelle persone con basso livello di istruzione. La prevalenza di sovrappeso e obesità risulta, rispettivamente, del 38% e del 9% negli uomini, mentre nelle donne del 24% e del 7% (Cecconi R et al., 2010).

Bibliografia

- Agenzia regionale di sanità (ARS) della Toscana (2011). Comportamenti a rischio e stili di vita dei giovani toscani. I risultati delle indagini EDIT 2005-2008-2011. Documenti ARS, n° 64.
- Amos A, Greaves L, Nichter M, Bloch M (2012). Women and tobacco: a call for including gender in tobacco control research, policy and practice. *Tobacco Control* 21: 236-243.
- Arganini C, Saba A, Comitato R, Virgili F, Turrini A. Gender differences in food choice and dietary intake in modern western societies. *Public Health – Social and Behavioral Health* (2012), Edited by Jay Maddock. Open Access Book: <http://www.intechopen.com/books/public-health-social-and-behavioral-health>
- Bauman AE, Reis RS, Sallis JF, Wells JC, Loos RJ, Martin BW; Lancet Physical Activity Series Working Group (2012). Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *Lancet*; 380:258-271.
- Cavallo F, Giacchi M, Vieno A, Galeone D, Tomba A, Lamberti A, Nardone P, Andreozzi S (Ed.). Studio HBSC-Italia (Health Behaviour in School-aged Children): rapporto sui dati 2010. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. (Rapporti ISTISAN 13/5).
- Cecconi R, Mazzoli F, Garofalo G (a cura di). Sistema di sorveglianza Passi. Rapporto regionale 2010 - Toscana.
- Cipriani F, Baldasseroni A, Franchi S. Lotta alla sedentarietà e promozione dell'attività fisica. Linea-guida SNLG, Novembre 2011.
- Eriksen M, Mackay J, Ross H. The Tobacco Atlas. Fourth Ed. Atlanta, GA: American Cancer Society; New York, NY:World Lung Foundation; 2012. www.TobaccoAtlas.org
- Finucane MM et al (2011). National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9,1 million participants. *Lancet* 377; 557-567.

- Giacchi MV, Lazzeri G, Valentina Pilato (a cura di) (2010). Stili di vita e salute dei giovani in età scolare. Rapporto sui dati regionali HBSC 2009-2010. Regione Toscana.
- Giacchi MV, Lazzeri G, Pilato V (2010). OKKIO alla SALUTE. Risultati dell'indagine 2010 in Toscana.
- <https://www.okkioallasalute.it/?q=node/45>
- Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione (INRAN) – Ministero politiche agricole e forestali (2003). Linee guida per una sana alimentazione italiana (revisione 2003).
- Kanter R, Caballero B (2012). Global gender disparities in obesity: a review. *Adv. Nutr.* 3: 491-498.
- Lopez AD, Collishaw NE, Piha T (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control.*; 3(3): 242–247.
- Nolen-Hoeksema S (2004). Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clinical Psychology Review*; 24: 981-1010.
- OECD (2013). “Overweight and obesity”, in OECD Factbook 2013: Economic, Environmental and Social Statistics, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/factbook-2013-100-en>
- Pacifici R. Rapporto sul fumo in Italia 2012. Osservatorio Fumo Alcol e Droga – OSSFAD
- Istituto Superiore di Sanità. XV Convegno Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale - 31 maggio 2013, Roma. http://www.iss.it/binary/fumo4/cont/Rapporto_Annuale_sul_Fumo_31_maggio_2013_PACIFICI.pdf
- Passi D'Argento 2012, dati non pubblicati. L'indagine Passi d'argento 2012 ha coinvolto nella nostra regione 8 Società della salute (Apuane, Lunigiana, Pistoiese, Pratese, Valdinievole, Amiata grossetana, Colline dell'Albegna, Grossetana) e 3 Aziende sanitarie (Arezzo, Empoli, Siena), per un totale di 3.037 anziani intervistati. <http://www.epicentro.iss.it/passi-argento/> <http://www.passidargentoo.it/moodle/>
- Schulte MT, Ramo D, Brown SA (2009). Gender Differences in Factors Influencing Alcohol Use and Drinking Progression Among Adolescents. *Clin Psychol Rev*; 29(6): 535-547.
- Smoking-Attributable Mortality, Morbidity, and Economic Costs (SAMMEC). Centers for Disease Control and Prevention. <https://apps.nccd.cdc.gov/sammec/index.asp>
- U.S. Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Youth and
- Young Adults: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2012.
- World Health Organization (2010). Global recommendations on physical activity for health. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf
- WHO Europe, Tobacco - Facts and figures. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/tobacco/facts-and-figures/who-is-smoking>

Capitolo 4

Problemi di salute

Malattie cardiovascolari

Tumori

Diabete

Osteoporosi

Incontinenza urinaria

Malattie rare

Malattie infettive

Salute mentale

Uso e abuso
di sostanze illegali

Traumi

Infortuni, malattie e stress
lavoro-correlati

4. Problemi di salute

4.1. Le malattie cardiovascolari

Alessandro Barchielli - AUSL 10 Firenze

Rosanna Abbate - Università di Firenze

Alfredo Zuppiroli - AUSL 10 Firenze

Valentina Barletta e Paolo Francesconi - ARS Toscana

Le malattie cardiovascolari (MCV) presentano differenze di varia origine tra uomini e donne. In primo luogo esistono importanti differenze biologiche (quali il ruolo degli ormoni sessuali e in particolare dei cambiamenti ormonali durante la menopausa) che portano le MCV a manifestarsi nelle donne con 7-10 anni di ritardo rispetto agli uomini. Tuttavia, come evidenziato in un recente workshop europeo sulle differenze di genere nella malattie cardiovascolari, la maggior parte dei fattori di rischio femminili non sono inclusi nelle linee guida internazionali per la prevenzione cardiovascolare nelle donne (Maas AH et al, 2010). A queste vanno aggiunte le differenze nella prevalenza dei più importanti fattori di rischio cardiovascolare. Ad esempio lo Studio AMI-Florence, in accordo con la letteratura internazionale (Maas AH et al, 2010), ha evidenziato una più elevata presenza di tabagismo negli uomini e di diabete, ipertensione e depressione tra le donne con STEMI/NSTEMI¹⁷. Esiste inoltre una diversità nei sintomi di presentazione (maggior frequenza di sintomi “atipici” nelle donne), un fraintendimento dei sintomi da parte delle donne e una minor consapevolezza tra gli operatori sanitari della importanza della MCV nelle donne per la convinzione che siano protette rispetto alle MCV. Questa serie di fattori porta a differenze di genere nel trattamento e negli esiti delle sindromi coronariche acute (Hvelplund A et al, 2010). Un ulteriore elemento da tenere presente è la possibile presenza di una diversa risposta ai farmaci tra donne ed uomini. Ad esempio, in questi ultimi anni, numerosi studi clinici hanno osservato differenze di genere nell'efficacia antitrombotica e nel rischio emorragico delle terapie anticoagulanti ed antiaggreganti usate nella profilassi e terapia nella sindrome coronarica acuta e nella fibrillazione atriale. In relazione al rischio emorragico connesso con i trattamenti antitrombotici, che di per sé implicano la creazione di condizioni di difficile equilibrio fra l'effetto antitrombotico e quello emorragico, esistono forti elementi a favore di differenze di genere in rapporto, da un lato, ai valori inferiori, nella donna, di massa corporea, dimensioni degli organi e funzione renale, dall'altra ad una diversa funzione

¹⁷ ST Elevation Myocardial Infarction (STEMI - infarto del miocardio con sopralivellamento del tratto ST); Non ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI - infarto miocardico senza sopralivellamento del tratto ST).

del sistema emostatico che si caratterizza per una attività proaggregante piastrinica più spiccata. Per la terapia antiaggregante in prevenzione primaria, il rischio di eventi emorragici importanti come l'emorragia cerebrale per le donne è inferiore a quello dell'uomo. Nelle situazioni acute, invece, in cui si impiegano contemporaneamente diversi farmaci antitrombotici, il rischio emorragico è maggiore per le donne; questo si osserva in particolare per l'associazione con l'eparina o l'eparina a basso peso molecolare o con farmaci trombolitici. È poi da considerare che nel tempo abbiamo avuto a disposizione farmaci sempre più attivi; in particolare per gli antiaggreganti, questi promettono di offrire una maggiore protezione antitrombotica, ma tendono ad aumentare il rischio di complicanze emorragiche. Un recente studio effettuato dal Dipartimento del Cuore e dei vasi dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Careggi che ha valutato l'incidenza di complicanze emorragiche in pazienti sottoposti a *percutaneous coronary intervention* (PCI - intervento coronarico percutaneo), suggerisce che il genere femminile (OR 2,20, 95% IC 1,08-4,45; P=0,001) è un predittore indipendente di eventi emorragici all'analisi multivariata quando venga usato un antiaggregante di elevata potenza, quale è il prasugrel (Parodi G et al, 2012).

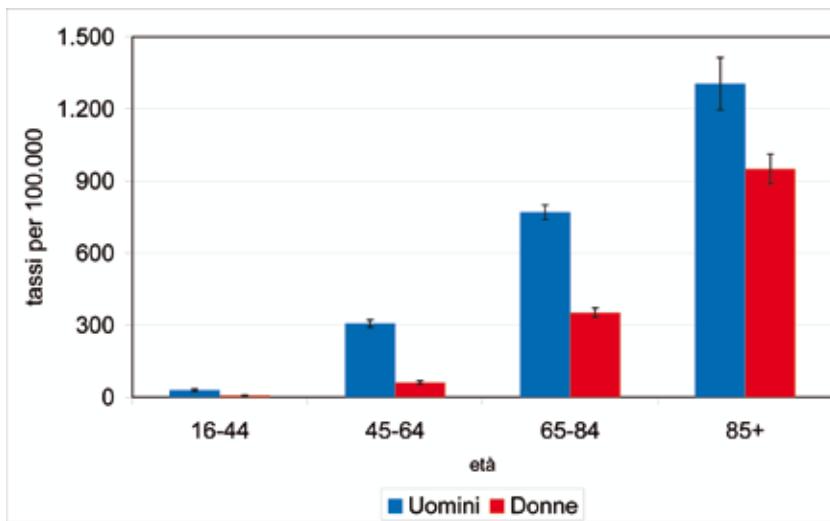
Anche per quanto riguarda la profilassi degli eventi ischemici cerebrali nella fibrillazione atriale, è stato trovato un diverso rischio, trombotico ed emorragico, in relazione al genere, come osservato in studi condotti a Firenze e confermati dalla letteratura internazionale. In una popolazione fiorentina è stato osservato un rischio di eventi ischemici in donne con fibrillazione atriale, in corso di trattamento anticoagulante orale con antivitamina K, due volte più elevato (2,4% rispetto a 1,2%) rispetto agli uomini che avevano viceversa un rischio più elevato di eventi emorragici fatali (0,5 rispetto a 0,1), nonostante che la qualità del controllo della terapia anticoagulante (misurata come tempo terapeutico in range) fosse paragonabile (Poli D et al 2009). Questo è particolarmente significativo quando si debba valutare l'indicazione alla terapia anticoagulante orale per la prevenzione dello stroke nella fibrillazione atriale. In questa condizione, ampiamente diffusa e a prevalenza crescente per l'invecchiamento della popolazione, anche se il rischio d'ictus nelle donne è superiore a quello degli uomini, il minore rischio emorragico determina un più favorevole rapporto fra protezione antitrombotica e rischio di emorragie. La disponibilità dei nuovi anticoagulanti aumenta l'interesse per queste considerazioni.

Da un punto di vista più generale è stato osservato che, nonostante la presenza di fattori biologici che determinano specificità di genere nella prevalenza delle MCV e nella risposta a molte terapie, le donne sono sottorappresentate nei trial clinici e i risultati di trial spesso non hanno riportato risultati di analisi stratificate per genere. Questo ha comportato che le raccomandazioni cliniche internazionali siano largamente basate su ricerche prevalentemente condotte negli uomini ed evidenzia la necessità dello sviluppo di una ricerca sesso-specifica in campo cardiovascolare, in modo che le linee-guida esistenti siano adattate alle specificità di genere (Maas AH et al, 2010).

4.1.1. Infarto miocardico acuto

In Toscana, in base ai dati delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) del 2012, si sono ricoverati poco più di 7.300 pazienti con infarto miocardico acuto (IMA); di questi, il 63,5% è rappresentato da uomini e il 36,5% da donne. La differenza di incidenza della malattia tra i due sessi è evidente, e statisticamente significativa, anche esaminando i tassi specifici per età (**Figura 4.1**). Il differenziale maschi/femmine è più accentuato nelle classi di età più giovani e si attenua in quelle più anziane (rapporto maschi/femmine: 45-64 anni, 5,0; 85+ anni, 1,4). La diversa incidenza nei due sessi emerge anche dall'esame dei tassi standardizzati per età¹⁸, che sono pari a 352,9 (limiti di confidenza al 95% – LC95%: 342,2-363,2) casi per 100.000 abitanti negli uomini e a 143,3 (LC95%: 137,6-149,0) casi nelle donne.

Figura 4.1
Incidenza infarto miocardico: tassi specifici per età e genere (per 100.000 abitanti), Toscana, anno 2012 - Fonte: elaborazione ARS su archivio SDO



Trattamento dell'infarto miocardico: riperfusione e terapia antitrombotica nella fase acuta

La riperfusione coronarica nelle prime ore dopo l'esordio dei sintomi, effettuata mediante interventi coronarici percutanei (PCI; angioplastica coronarica, impianto stent) o fibrinolisi, rappresenta la terapia di elezione indicata nelle linee guida americane ed europee per il trattamento IMA con elevazione del tratto ST (STEMI). La “PCI primaria”, vale a dire effettuata nelle prime ore dell'episodio, è la metodica riperfusiva

¹⁸ Standard: popolazione toscana totale, anno 2000.

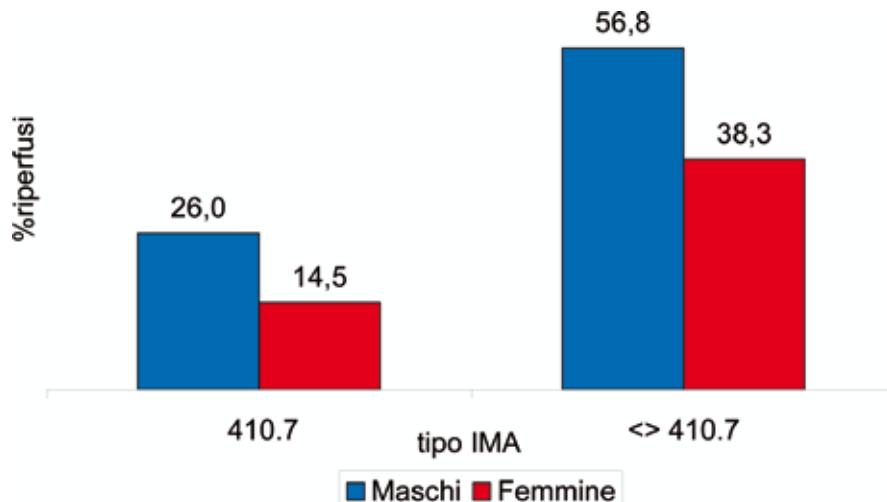
con i migliori risultati, in particolare quando viene effettuata in centri ad elevata esperienza e con operatori qualificati. La “PCI entro 1 giorno dal ricovero” (indicatore che approssima l’uso della PCI primaria), anche se non è in grado di fornire un quadro completo dei pazienti sottoposti a trattamento ripperfusivo, fornisce comunque importanti indicazioni sulla diffusione in Toscana del più importante trattamento per la terapia dell’infarto miocardico in fase acuta.

La percentuale di casi trattati è in larga parte influenzata dal tipo di IMA, essendo poco superiore al 20% nei casi dimessi con il codice ICD9 410.7 (IMA “subendocardico”, largamente sovrapponibile con lo NSTEMI) e raggiunge circa il 50% in quelli dimessi con gli altri sottocodici 410 (largamente sovrapponibili con lo STEMI).

Per entrambe le forme di IMA, i trattamenti con PCI sono meno diffusi nelle donne (**Figura 4.2**); la differenza tra i due generi permane anche dopo aggiustamento per età. Il minor uso della PCI primaria dopo STEMI è confermato in uno studio clinico su base di popolazione condotto nell’area fiorentina nel periodo 2008-2010 (AMI-Florence 2) (Balzi et al, 2010). Le diverse caratteristiche cliniche delle donne all’arrivo in ospedale spiegano il minor ricorso alla PCI primaria nello STEMI (Balzi et al, 2012a), come confermato anche dalla letteratura internazionale (Berger et al, 2009).

Lo studio AMI FLORENCE 2 evidenzia infine che, nella fase acuta della sindrome coronarica acuta, la terapia antitrombotica sia antiaggregante che anticoagulante risulta condotta in maniera diversa in rapporto al genere per un impiego minore sia di eparina a basso peso molecolare che di doppia antiaggregazione con clopidogrel nelle donne.

Figura 4.2
Pazienti ricoverati per infarto miocardico acuto: percentuale casi trattati con interventi ripperfusivi coronarici entro 1 giorno dal ricovero suddivisa per tipo IMA e genere, Toscana, anno 2009 - Fonte: Registro toscano infarto miocardico acuto

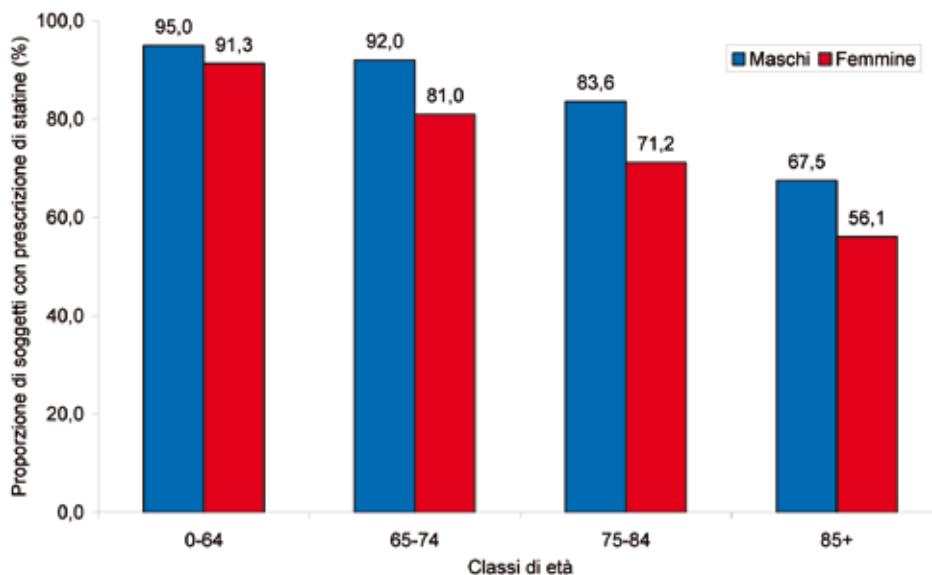


Trattamento dell'infarto miocardico: uso di statine in prevenzione secondaria

È stata valutata la prescrizione di statine nell'anno successivo alla dimissione dal ricovero indice nei pazienti residenti nell'area fiorentina (Asl 10) dimessi per IMA, mediante incrocio con i dati delle prescrizioni farmaceutiche ambulatoriali (Balzi et al, 2012b). L'attenzione si è focalizzata sull'uso delle statine nel post-infarto, in quanto il trattamento con questa classe di farmaci è in grado di ridurre a lungo termine la mortalità e il rischio di nuovi eventi cardiovascolari in pazienti con infarto miocardico acuto. Nell'anno successivo all'infarto, sono state prescritte statine nell'88,4% (LC95%: 86,1%, 90,6%) degli uomini e nel 70,3% (LC95%: 66,1%, 74,6%) delle donne. Questa differenza è stata osservata in tutte le fasce di età (**Figura 4.3**), pertanto le proporzioni aggiustate per età si mantengono significativamente diverse tra uomini (85,8%; LC95%: 83,1%, 88,5%) e donne (76,2%; LC95%: 72,3%, 80,1%). Tra i pazienti con prescrizioni di statine, la prevalenza di alta adesione¹⁹ è minore nelle donne (62,9%; LC95% 57,5-68,2%) rispetto agli uomini (76,2%; LC 95% 73,0-79,4%). La probabilità di utilizzo delle statine e quella di avere una "alta adesione" al trattamento rimangono significativamente inferiori nelle donne anche all'analisi multivariata, dopo aggiustamento per altri possibili confondenti.

Figura 4.3

Uso di statine dopo infarto miocardico acuto: percentuale pazienti trattati nell'anno successivo alla dimissione dall'ospedale suddivisa per età e genere, area fiorentina, anno 2009 - Fonte: Balzi et al., 2012b

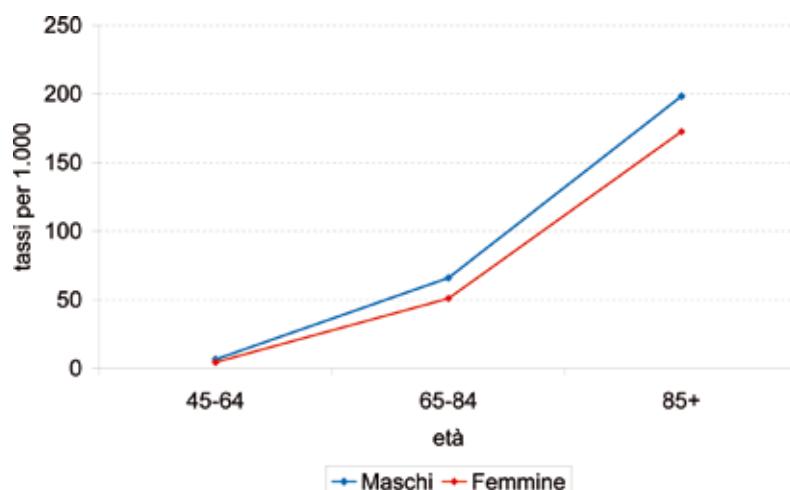


¹⁹ Si definisce come "alta adesione" l'utilizzo dell'80% o più delle *Defined Daily Doses* (DDD) teoriche previste nel periodo di follow-up.

4.1.2. Scompenso cardiaco

In Toscana, secondo le stime del data-base MaCro²⁰, si hanno circa 66.000 pazienti affetti da scompenso cardiaco (casi prevalenti), di questi il 50,8% sono rappresentati da uomini e il 49,2% da donne. Esaminando i tassi specifici per età, si evidenzia che la prevalenza della malattia è più elevata negli uomini, con differenze statisticamente significative nelle varie fasce di età (limiti di confidenza non presentati) (**Figura 4.4**). Se in termini assoluti il differenziale di prevalenza uomini/donne tende a crescere con l'età, in termini relativi il rapporto uomini/donne tende viceversa a decrescere passando da 2,7 nella classe di età 45-64 anni, a 1,7 in quella 65-84 a 1,2 negli ultra85enni. Complessivamente, nelle età 16+ anni (anno 2012) si ha una prevalenza, standardizzata per età, di 22,0 casi (IC95%: 21,8-22,2) per 1.000 abitanti negli uomini e di 19,3 casi nelle donne (IC95%: 19,1-19,5), con un rapporto M/F pari a 1,14.

Figura 4.4
Prevalenza dello scompenso cardiaco: tassi specifici per età e genere (per 1.000 abitanti), Toscana, anno 2012 - Fonte: elaborazione ARS - archivio MaCro



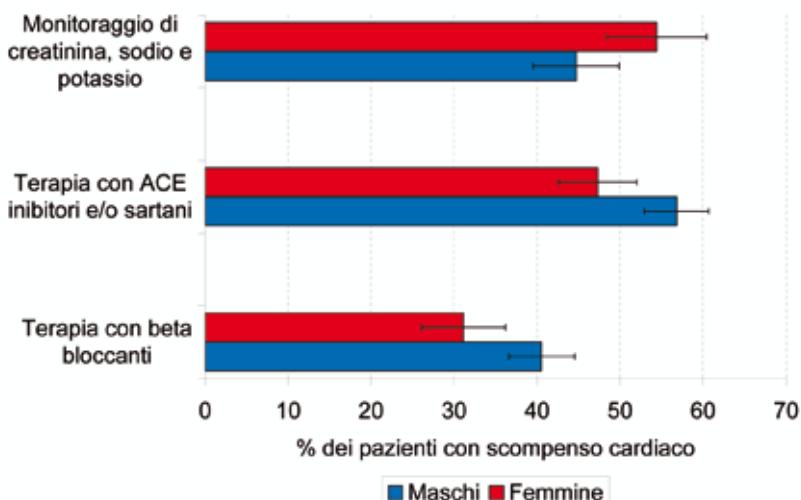
Gli indicatori relativi al monitoraggio e al trattamento della malattia mostrano differenze tra uomini e donne discordanti. Infatti, le donne effettuano con maggior frequenza gli esami emato-chimici utilizzati come tracciante del monitoraggio della malattia (misurazione di creatina, sodio e potassio ematico) rispetto agli uomini, anche se la differenza non è statisticamente significativa (rispettivamente: 54,4%, LC95% 48,4-60,4 nelle prime e 44,7%, LC95% 39,5-49,9 nei secondi). Viceversa, la percentuale di pazienti con scompenso cardiaco che vengono trattati con le terapie indicate nelle

²⁰ Fonte dati MaCro: <https://www.ars.toscana.it/marsupio/macro/>

linee-guida sono più elevate negli uomini rispetto alle donne sia per quanto riguarda i betabloccanti (rispettivamente: 40,5%, LC95%: 36,6-44,5 nei primi; 31,1%, LC95%: 26,1-36,2 nelle seconde) che gli ACE-inibitori o sartani (rispettivamente: 56,8%, LC95%: 52,9-60,7 nei primi; 47,3%, LC95%: 42,6-52,0 nelle seconde) (**Figura 4.5**).

Figura 4.5

Pazienti con scompenso cardiaco: pazienti (%) che effettuano almeno una volta l'anno alcuni esami ematochimici utili per il monitoraggio della malattia e con erogazione di ACE-inibitori o sartani e di betabloccanti, Toscana, anno 2012 - Fonte: elaborazione ARS - archivio MaCro



4.1.3. Ictus cerebrale

In Toscana, secondo le stime del data-base MaCro, si hanno poco più di 42.000 pazienti affetti da pregresso ictus cerebrale (casi prevalenti). Di questi, il 51,6% è rappresentato da uomini e il 48,4% da donne. Esaminando i tassi specifici per età, si evidenzia che la prevalenza della malattia è più elevata negli uomini, con differenze statisticamente significative nelle varie fasce di età (limiti di confidenza non presentati) (**Figura 4.6**). Se in termini assoluti il differenziale di prevalenza uomini/donne tende a crescere modestamente con l'età, in termini relativi il rapporto uomini/donne tende viceversa a decrescere passando da 1,7 nelle classi di età inferiori a 85 anni a 1,3 negli ultra85enni. Complessivamente, nelle età 16+ anni (anno 2012) si ha una prevalenza, standardizzata per età, di 14,3 casi (IC95%: 14,1-14,5) per 1.000 abitanti negli uomini e di 12,1 casi nelle donne (IC95%: 11,9-12,3), con un rapporto M/F pari a 1,18.

Gli indicatori relativi al monitoraggio e al trattamento (prevenzione delle recidive) della malattia mostrano differenze tra uomini e donne statisticamente significative, discordanti. Infatti, le donne effettuano con maggior frequenza gli esami emato-chimici utilizzati come tracciante del monitoraggio della malattia (valutazione colesterolemia totale) rispetto agli

uomini (rispettivamente: 38,5%, LC95% 36,4-40,6 nelle prime e 34,4%, LC95% 32,7-36,1 nei secondi). Viceversa, la percentuale di pazienti con pregresso ictus cui vengono erogati farmaci antiaggreganti piastrinici è più elevata negli uomini rispetto alle donne (rispettivamente: 39,8%, LC95%: 38,3-41,4 nei primi; 35,8%, LC95% 34,0-37,6, nelle seconde) (**Figura 4.7**).

Figura 4.6
Prevalenza dei pazienti con pregresso ictus cerebrale: tassi specifici per età e genere (per 1.000 abitanti), Toscana, anno 2012 - Fonte: elaborazione ARS - archivio MaCro

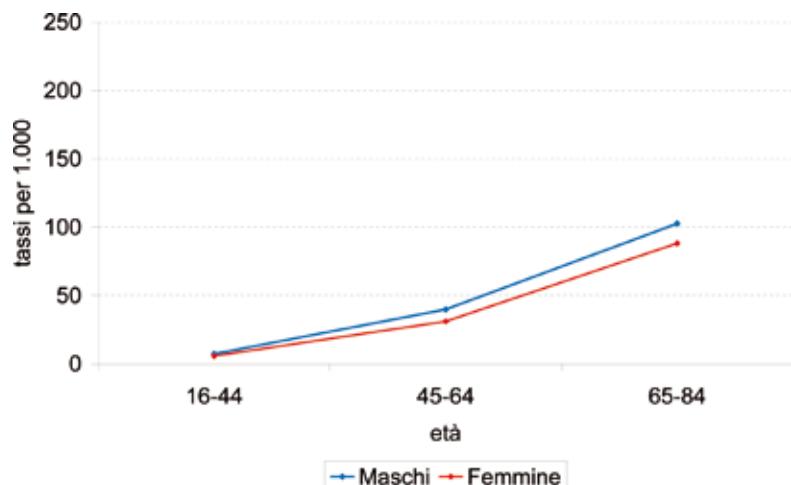
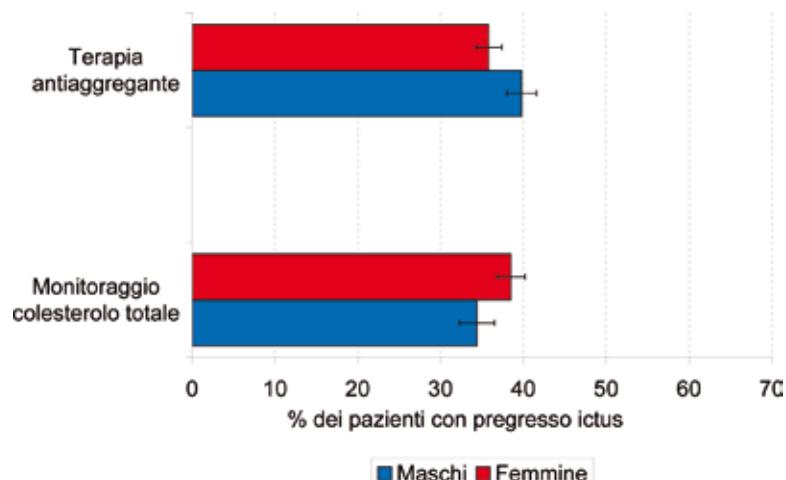


Figura 4.7
Pazienti con pregresso ictus cerebrale: pazienti (%) che effettuano almeno una volta l'anno alcuni esami ematochimici utili per il monitoraggio della malattia e con prescrizione di terapia antiaggregante piastrinica, Toscana, anno 2012 - Fonte: elaborazione ARS - archivio MaCro

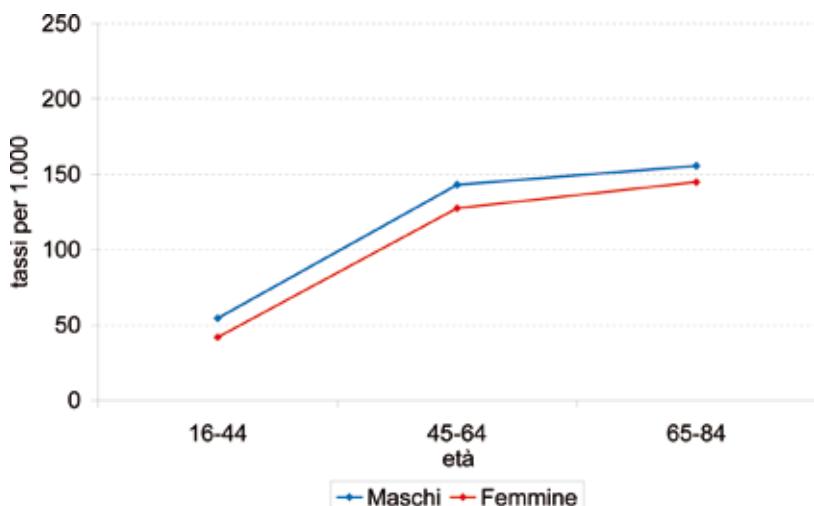


4.1.4. Ipertensione arteriosa

In Toscana, secondo le stime del data-base MaCro, si hanno circa 172.500 pazienti affetti da ipertensione arteriosa in trattamento con farmaci antiipertensivi. Di questi, il 48,1% è rappresentato da uomini e il 51,9% da donne. Esaminando i tassi specifici per età, si evidenzia che la prevalenza della malattia è più elevata negli uomini, con differenze statisticamente significative nelle varie fasce di età (limiti di confidenza non presentati) (**Figura 4.8**). Se in termini assoluti il differenziale di prevalenza uomini/donne sembra rimanere costante con l'età, in termini relativi il rapporto uomini/donne tende viceversa a decrescere passando da 1,3 nella classe di età 45-64 anni, a 1,1 in quelle sopra i 65 anni. Complessivamente nelle età 16+ anni (anno 2012) si ha una prevalenza, standardizzata per età, di 54,7 casi (IC95%: 54,3-55,0) per 1.000 abitanti negli uomini e di 53,3 casi (IC95%: 53,0-53,6), con un rapporto M/F pari a 1,03.

Figura 4.8

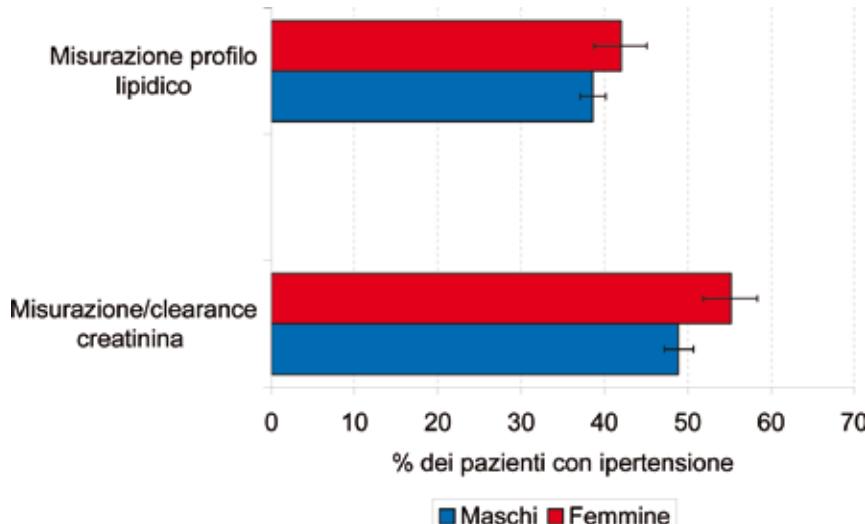
Prevalenza dei pazienti con ipertensione arteriosa: tassi specifici per età e genere (per 1.000 abitanti), Toscana, anno 2012 - Fonte: elaborazione ARS - archivio MaCro



Gli indicatori relativi al monitoraggio della malattia e alla prevenzione delle sue complicanze mostrano differenze tra uomini e donne, con valori significativamente più elevati nelle seconde. Infatti le donne effettuano con maggior frequenza rispetto agli uomini sia la misurazione del profilo lipidico (rispettivamente: 42,0%, LC95% 38,8-45,1 nelle prime e 38,6%, LC95% 37,1-40,2 nei secondi) che la misurazione della creatininemia o la valutazione della clearance della creatinina (rispettivamente: 55,2%, LC95% 51,9-58,4 nelle prime e 48,9%, LC95% 47,2-50,8 nei secondi) (**Figura 4.9**).

Figura 4.9

Pazienti con ipertensione arteriosa in trattamento con farmaci antiipertensivi: pazienti (%) che effettuano almeno una volta l'anno alcuni esami ematochimici utili per il monitoraggio e la prevenzione delle complicanze della malattia, Toscana, anno 2012
 Fonte: elaborazione ARS - archivio MaCro



Bibliografia

- Balzi D, Barchielli A. (2010). AMI-FLORENCE 2: come è cambiata la storia naturale e il trattamento dello STEMI nell'area Fiorentina. Comunicazione al Convegno *Florence Heart 2010*
- Balzi D, Di Bari M, Barchielli A et al (2012a). Should we improve the management of NSTEMI? Results from the population-based “acute myocardial infarction in Florence 2” (AMI-Florence 2) registry. Intern Emerg Med; published online 10 july 2012. DOI 10.1007/s11739-012-0817-6
- Balzi D, Barchielli A, Ballo P et al. (2012b). Differenze di genere nell'uso di una cohorte di soggetti ospedalizzati per infarto miocardico acuto. XX Seminario nazionale di farmaco epidemiologia. Istituto Superiore di Sanità, Roma 12-13 dicembre 2012
- Berger JS, Elliott L, Gallup D, et al. (2009). Sex differences in mortality following acute coronary syndromes. JAMA; 302 (8):874-882.
- Hvelplund A, Galatius S, Madsen M, et al. (2010). Women with acute coronary syndrome are less invasively examined and subsequently less treated than men. Eur Heart J. 31(6):684-690.

- Maas AH, van der Schouw YT, Regitz-Zagrosek V, et al. (2011). Red alert for women's heart: the urgent need for more research and knowledge on cardiovascular disease in women: proceedings of the workshop held in Brussels on gender differences in cardiovascular disease, 29 September 2010. Eur Heart J; 32(11):1362-1368.
- Parodi G, Bellandi B, Venditti F, et al. (2012). Residual platelet reactivity, bleedings, and adherence to treatment in patients having coronary stent implantation treated with prasugrel. The American Journal of Cardiology; 109(2), 214–218.
- Poli D, Antonucci E, Grifoni E, et al (2009).Gender differences in stroke risk of atrial fibrillation patients on oral anticoagulant treatment. Thromb Haemost;101(5):938-42.

4.2 Tumori

4.2.1 Incidenza e sopravvivenza

Emanuele Crocetti – ISPO

Si stima che, in Italia, una donna ogni tre e un uomo ogni due abbiano la probabilità teorica di ammalarsi di tumore nel corso della loro vita (considerata come il periodo che va dalla nascita agli 84 anni). Il quadro toscano, come si evince dai dati del locale Registro tumori, riporta la stessa probabilità stimata a livello nazionale (http://rtrt.ispo.toscana.it/rtrt/tumoriintoscana/index_tumoriintoscana.html).

Considerando i tumori più frequenti nei due sessi, possiamo affermare che, almeno in teoria, ogni 8 donne una si ammalerà di tumore della mammella e un uomo ogni 7 di tumore alla prostata (Associazione italiana di oncologia medica – AIOM –Associazione italiana Registri tumori – AIRTUM - 2012).

Si stima che, in Italia, ogni anno siano diagnosticati circa 364.000 nuovi tumori maligni, dei quali circa 162.000 (44%) tra le donne e 202.000 (56%) tra gli uomini. La frequenza con la quale vengono diagnosticati i tumori, detta incidenza, nel nostro Paese è in media di circa 5 casi ogni 1.000 donne all'anno e circa 7 casi ogni 1.000 uomini (AIOM-AIRTUM 2012). L'incidenza in Italia è più elevata al Nord e si riduce nel Meridione. La Toscana, come le altre aree del Centro, presenta dati intermedi coerenti con la media italiana.

Nella **Tabella 4.1** sono presentati i cinque tumori più frequentemente diagnosticati nei due generi. Al primo posto ci sono i tumori della mammella e della prostata. Da notare come la quota di tumori della mammella tra le donne sia elevata (29%), tanto che quasi un tumore ogni tre, nel sesso femminile, è un tumore della mammella. Al secondo posto si colloca il tumore del colon-retto che ha lo stesso peso percentuale sia

tra le donne sia tra gli uomini (14%), nei quali è al terzo posto, preceduto dal tumore del polmone (15%) che nelle donne è terzo (6%). Seguono nelle donne il tumore del corpo dell'utero (5%) e della tiroide (5%) e negli uomini quello della vescica (10%, comprendendo anche tumori non infiltranti) e il tumore dello stomaco (5%). In Toscana vale quanto evidenziato per l'Italia con la sola differenza del tumore dello stomaco che occupa il quinto posto tra i più frequenti nelle donne. Vale la pena ricordare come in alcune aree appenniniche il tumore dello stomaco avesse in passato livelli di incidenza molto elevati.

Tabella 4.1
Primi cinque tumori più frequentemente diagnosticati e proporzione sul totale dei tumori, per genere (da AIOM-AIRTUM 2012)

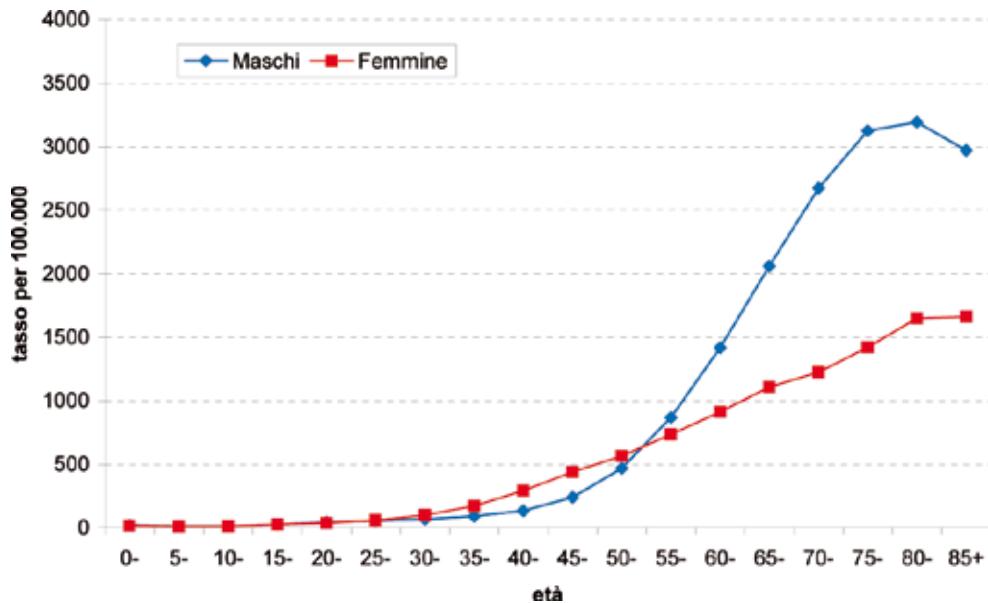
	Donne	Uomini
1°	Mammella (29%)	Prostata (20%)
2°	Colon-retto (14%)	Polmone (15%)
3°	Polmone (6%)	Colon-retto (14%)
4°	Corpo dell'utero (5%)	Vescica (10%)
5°	Tiroide (5%)	Stomaco (5%)

I tumori sono una patologia prevalentemente dell'età avanzata, la loro frequenza, infatti, come si evidenzia nella **Figura 4.10**, aumenta all'aumentare dell'età. Fra i 30 e i 50 anni la frequenza dei tumori è maggiore nelle donne, in virtù del tumore della mammella che già in queste decadi è relativamente frequente, successivamente l'incidenza cresce molto di più tra gli uomini rispetto a quanto non accada tra le donne. Questo fenomeno è legato, come già accennato, al fatto che nei due generi i tumori più frequenti non sono gli stessi e la curva complessiva risente dell'andamento per età delle neoplasie che compaiono con maggiore frequenza.

Nella **Tabella 4.2** sono presentati separatamente per i due generi i cinque tumori più frequenti in tre fasce d'età, 0-49, 50-69 e 70+ anni. Nel confronto fra generi le differenze sembrano maggiori delle similitudini. Nelle donne, in tutte le età, il tumore di gran lunga più frequente è quello della mammella (che per inciso nell'uomo si osserva molto raramente: in teoria ne è atteso 1 caso nel corso della vita di oltre 2.000 uomini). Tra le giovani, il tumore della mammella rappresenta oltre il 40% del totale dei tumori, seguono la tiroide (14%), i melanomi (7%), i tumori del colon-retto (5%) e quelli della cervice uterina (4%). Tra gli uomini più giovani, al primo posto ci sono i tumori del testicolo (11%). Nelle età successive, oltre alla mammella, già menzionata, e al tumore della prostata che è tra gli uomini oltre i 50 anni il più frequente, ai primi posti troviamo, nei due sessi, il tumore del colon-retto e del polmone.

Figura 4.10

Incidenza per tumore per genere, tutte le sedi esclusa cute non melanomi – Anni 2006-2008 - Fonte: AIRTUM (Pool 32 registri)

**Tabella 4.2**

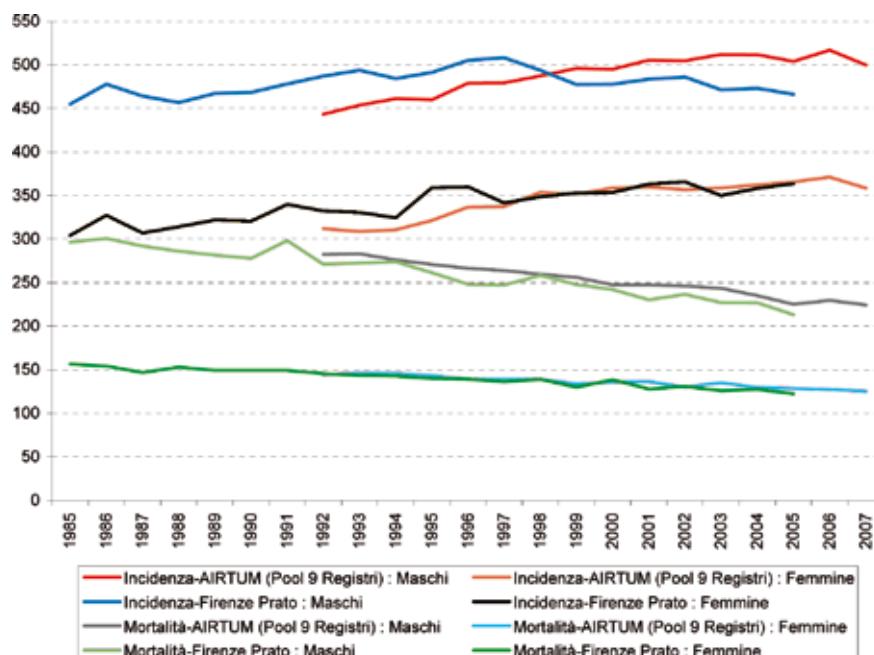
Primi cinque tumori più frequentemente diagnosticati e proporzione sul totale dei tumori, per genere ed età (da AIOM-AIRTUM 2012)

Rango	Donne			Uomini		
	0-49	50-69	70+	0-49	50-69	70+
1°	Mammella (41%)	Mammella (35%)	Mammella (21%)	Testicolo (11%)	Prostata (22%)	Prostata (21%)
2°	Tiroide (14%)	Colon-retto (13%)	Colon- retto (17%)	Linfoma non- Hodgkin (9%)	Colon-retto (15%)	Polmone (17%)
3°	Melanomi (7%)	Corpo dell'utero (7%)	Polmone (7%)	Melanomi (8%)	Polmone (14%)	Colon- retto (15%)
4°	Colon-retto (5%)	Polmone (6%)	Stomaco (6%)	Colon-retto (8%)	Vescica (10%)	Vescica (11%)
5°	Cervice uterina (4%)	Tiroide (5%)	Pancreas (5%)	Tiroide (7%)	Vie aerodigestive superiori (5%)	Stomaco (6%)

Per quanto riguarda la mortalità oncologica, al primo posto tra le donne c'è il tumore della mammella (con un peso relativo del 16% sul totale dei decessi oncologici), seguono i tumori del colon-retto, il polmone, il pancreas e il tumore dello stomaco. Tra gli uomini, al primo posto c'è il tumore del polmone (27% del totale dei decessi oncologici), seguito da colon-retto, prostata, fegato e stomaco (AIOM-AIRTUM 2012).

Le posizioni relative nella graduatoria dei tumori più frequenti sono condizionate dagli andamenti temporali. Nella **Figura 4.11** sono presentate per genere sia l'incidenza sia la mortalità medie registrate dall'Associazione italiana registri tumori e dal Registro tumori toscano.

Figura 4.11
Incidenza e mortalità per tumore per genere, tutte le sedi esclusa cute non melanomi
Tasso standardizzato sulla popolazione europea età 0-85+ - Anni 2006-2008



Un aspetto di grande rilevanza è la riduzione che si osserva in entrambi i sessi nella mortalità per il complesso dei tumori, più evidente tra gli uomini che ancora hanno livelli molto più elevati delle donne. La riduzione della mortalità è indice dell'efficacia del sistema sanitario considerato nel suo complesso preventivo-diagnostico-terapeutico. Per quanto riguarda l'incidenza, nel loro complesso i tumori hanno presentato nei due sessi un andamento in crescita che, in Italia, si è invertito solo in anni recenti. Da segnalare come in Toscana l'inversione del trend tra gli uomini sia avvenuta più precocemente,

già nella metà degli anni '90. Questo cambiamento è sostanzialmente sostenuto dal tumore del polmone che presenta un andamento opposto nei due sessi, in riduzione tra gli uomini e in aumento tra le donne. Il tumore della mammella, che era in crescita fino al 2000, ha presentato negli anni successivi un arresto del trend. Il tumore della prostata ha avuto, così come in altri paesi di tipo occidentale, una crescita notevolissima legata alla diffusione del test per la ricerca dell'antigene prostatico specifico (PSA) e agli accertamenti diagnostici successivi in caso di positività, c'è stato un picco nei primi anni 2000, documentato anche in Toscana, e attualmente l'incidenza è in riduzione. Si segnala come, in Toscana, l'incidenza sia in crescita in entrambi i sessi per i tumori della tiroide, il melanoma e per i tumori del rene e, tra gli uomini, per il tumore del testicolo (AIRTUM ITACAN, 2012)<http://itacan.ispo.toscana.it/italian/itacan.htm>).

Nella **Tabella 4.3** è presentata per le principali sedi tumorali e per i due sessi la sopravvivenza relativa, ovvero corretta per la mortalità generale, dopo 5 anni dalla diagnosi del tumore. Nel complesso questa è del 61% per le donne e del 52% per gli uomini. La differenza è dovuta al diverso peso percentuale nei due generi di tumori a prognosi diversa. Ad esempio, il tumore della mammella, il principale tra le donne, ha una sopravvivenza prossima al 90%, mentre quello del polmone, il secondo tra gli uomini, vicina al 10%.

Tabella 4.3
Sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi per sede tumorale e genere (da AIRTUM working group 2011 modificata)

	Donne	Uomini
Tutti i tumori esclusa la cute	61	52
Stomaco	31	28
Colon-retto	57	58
Fegato	12	15
Pancreas	6	5
Polmone	16	12
Melanoma	88	81
Mammella	87	
Cervice uterina	67	
Corpo dell'utero	78	
Ovaio	41	
Prostata		88
Testicolo		95
Rene	68	68
Vescica	52	59
SNC	18	16
Tiroide	95	90
Linfoma di Hodgkin	85	82
Linfoma non Hodgkin	60	61
Mieloma	28	24
Leucemie	42	45

Abbiamo visto come la frequenza con la quale ci si ammala di tumore è fortemente dipendente dall'età. Il progressivo invecchiamento della popolazione, aspetto di per sé positivo e indice del buon funzionamento del sistema socio-sanitario, ha ed avrà sempre di più in futuro anche l'effetto di aumentare le richieste diagnostico assistenziali della popolazione che diventa sempre più anziana, sia in Italia che in Toscana, e in particolare della popolazione femminile che presenta ancora una aspettativa di vita alla nascita, e alle età successive, maggiore rispetto a quella degli uomini.

Un aspetto rilevante per quanto riguarda il carico rappresentato dai tumori sul sistema assistenziale in termini di follow-up clinico si misura con la prevalenza, vale a dire con il numero di persone che vivono avendo avuto una precedente diagnosi tumorale. I tumori tendono ad accumularsi nella popolazione sulla base sia della loro frequenza sia della loro prognosi. È stato stimato che in Italia i cittadini che hanno avuto una precedente diagnosi di tumore siano oltre 2 milioni e 240 mila, di questi il 56% sono donne. Per la prevalenza l'effetto di genere è particolarmente evidente, basti pensare che quasi un quarto del totale dei tumori prevalenti, considerando assieme donne e uomini, sono rappresentati dal tumore della mammella femminile che è in assoluto il più frequente, con oltre 520 mila casi stimati. Per quanto riguarda la Toscana, è stato stimato che vi siano oltre 158 mila persone con una anamnesi positiva per patologia neoplastica. Nella **Tabella 4.4** sono presentate le prime cinque sedi tumorali più frequenti in termini di prevalenza (donne e uomini assieme) e il loro peso percentuale sul totale dei casi prevalenti.

Tabella 4.4

Stima delle principali sedi tumorali per le quali è più elevato nella popolazione il numero delle persone in vita che hanno avuto una precedente diagnosi di tumore in quella sede (da AIRTUM working group 2010, modificata)

Rango	Sede tumorale	% sul totale
1°	Mammella	22
2°	Colon-retto	15
3°	Vescica	10
4°	Prostata	9
5°	Testa e collo	5

In conclusione la patologia oncologica presenta in Italia ed in Toscana diverse peculiarità specifiche di genere, con un quadro dominato dal tumore della mammella nelle donne, mentre tra gli uomini ai primi posti in termini di frequenza troviamo un gruppo di tumori di rilevanza simile più variegato per natura, patogenesi e prognosi (prostata, polmone, colon retto). Nel prossimo futuro se non cambieranno le abitudini

relative al fumo tra le donne il tumore del polmone è destinato ad avere anche nel sesso femminile un ruolo rilevante anche, considerando la sua prognosi, in termini di mortalità.

Bibliografia

- AIOM, AIRTUM. I numeri del cancro in Italia (2012). Rodengo Saiano (Bs).
- AIRTUM, ITACAN: <http://itacan.ispo.toscana.it/italian/itacan.htm>
- AIRTUM working group. I tumori in Italia – Rapporto 2011. La sopravvivenza dei pazienti oncologici in Italia (2011). Epidemiologia & Prevenzione suppl. 5/6.
- AIRTUM working group. I tumori in Italia – Rapporto 2011. La prevalenza dei tumori in Italia. Persone che convivono con un tumore, lungo sopravviventi e guariti (2011). Epidemiologia & Prevenzione suppl. 2.

4.2.2 Chemioterapia antitumorale

Teresita Mazzei - Università degli Studi di Firenze

Dalla più recente letteratura internazionale sta emergendo con molta chiarezza come esistano delle profonde differenze nella farmacologia di genere che condizionano risposte e tossicità diverse di numerose classi di farmaci nelle donne rispetto agli uomini (Franconi et al, 2007; Nicolson et al, 2010).

I chemioterapici antitumorali non costituiscono una eccezione a questa regola e le dimostrazioni in tal senso riguardano sia farmaci impiegati in monochemioterapia, quali le fluoropirimidine, i derivati del platino e le antracicline, che in polichemioterapia (Singh et al, 2005). Le pubblicazioni che attestano una maggior incidenza di stomatite, alopecia, nausea, vomito e diarrea nelle pazienti di sesso femminile trattate con regimi a base di fluorouracile sono numerose (Zalcberg et al, 1998; Stein et al, 1995; Sloan et al, 2000 e 2002), ma non meno importante è la segnalazione di una maggiore frequenza di nausea e vomito e di eventi tromboembolici dopo la somministrazione di cisplatino (Liaw et al, 2001; Moore et al, JCO 2011). Anche gli effetti cardiotossici sia acuti che a lungo termine di una chemioterapia a base di antracicline sono significativamente più frequenti

nelle pazienti pediatriche trattate per una leucemia linfatica acuta rispetto ai coetanei di sesso maschile. Tali effetti collaterali consistono sia in una diminuita contrattilità cardiaca che in una maggiore dilatazione e diminuita funzionalità del ventricolo sinistro (Lipshultz et al, 1995).

Particolarmente interessante è la pubblicazione relativa alla valutazione di più studi clinici controllati in un gruppo di pazienti affetti da tumore polmonare a piccole cellule: le donne hanno mostrato, a parità di trattamento, una tossicità maggiore sia ematologica (anemia e leucopenia) che non ematologica (stomatite e vomito), ma anche una superiore risposta clinica di sopravvivenza (Singh et al, 2005). I pazienti erano stati sottoposti a due regimi di polichemioterapia, uno contenente ciclofosfamide, adriamicina e vincristina (VAC) e l'altro etoposide e cisplatino: per le due antracicline (adriamicina ed epirubicina) esistono pubblicazioni che dimostrano una diminuita *clearance corporea* nella donna e questo fenomeno potrebbe spiegare i maggiori effetti collaterali, legati a concentrazioni plasmatiche e/o tissutali più elevate nelle pazienti di sesso femminile. Tali differenze farmacocinetiche non sono state studiate per la ciclofosfamide, per la vincristina e per il cisplatino. Uno studio di farmacocinetica dell'etoposide dimostra invece concentrazioni ematiche più elevate, seppur non significative, nelle pazienti di sesso femminile: questo parametro potrebbe aver contribuito alla maggior tossicità riportata nelle donne.

Molte evidenze sperimentali e cliniche sono infatti a favore di numerose e importanti differenze di genere in svariati parametri farmacocinetici quali un inferiore rapporto fra massa magra e grassa che condiziona a sua volta un diverso volume di distribuzione dei farmaci, influenze ormonali nel legame farmaco-proteico, variabilità e differenze nell'assorbimento, metabolismo ed eliminazione di numerose molecole (Soldin et al., 2011) (**Tabella 4.5**).

Tabella 4.5
Differenze di genere nella farmacocinetica

Parametro	Differenze genere-specifiche
Rapporto massa magra/grassa	Inferiore nelle femmine
Volume di distribuzione	Aumentato per i farmaci lipofili nelle donne
Legame farmaco-proteico	Influenze ormonali
Variabili gastro-intestinali	Minor motilità con aumento tempo di riempimento gastrico; pH più elevato
Metabolismo (fase I) CYP450	CYP3A4 con aumentata attività e CYP1A2, 2E1 2D6 diminuita
Eliminazione	Secrezione attiva ridotta

Le differenze gastro-intestinali sono quelle che possono condizionare un diverso assorbimento di farmaci somministrabili per via orale, ma sono soprattutto le variazioni della clearance totale del farmaco, intesa sia come metabolismo che eliminazione, che possono maggiormente condizionare diversità nelle concentrazioni ematiche di alcune

molecole quali il 5-fluorouracile e la doxorubicina. Significative variazioni del profilo farmacocinetico sono state descritte inoltre sia per il metotrexato che per il topotecano, la gemitabina e l'epirubicina. Diversità di espressione genere-dipendente dei principali processi metabolici di fase I sono ben note da decine di anni e queste sicuramente influiscono su entità e velocità di clearance dei farmaci substrato degli stessi enzimi. È stato in particolare dimostrato che le donne possiedono quantità significativamente maggiori del principale citocromo responsabile di almeno il 30% di tutti i processi di biotrasformazione del fegato, il CYP3A4. Quest'ultimo sicuramente metabolizza farmaci quali la doxorubicina e l'etoposide (Wang and Huang, 2007).

Comunque le diversità di genere dei processi metabolici non possono da sole spiegare la variabilità interindividuale osservata sia nella clearance dei farmaci che nella tossicità dei trattamenti. Il metabolismo deve essere sempre considerato insieme ai processi di trasporto transmembrana che sono condizionati dalla presenza o meno di proteine trasportatrici quali la P glicoproteina (Pgp). Nelle cellule tumorali questa proteina è non solo importante nel processo della chemoresistenza a molti farmaci, ma essa condivide con il CYP3A4 substrati quali la doxorubicina e l'etoposide.

La letteratura è abbastanza discorda su questo punto, ma un importante studio rileva che l'attività della Pgp nelle pazienti di sesso femminile è più di due volte più bassa rispetto agli uomini. Questo dato spiegherebbe la maggior tossicità nelle donne riportata da molti autori e collegata anche talvolta a livelli ematici più elevati dei due farmaci (Lipshultz 1995; Singh et al., 2005).

Molta ricerca farmacologica clinica recente è stata indirizzata al farmaco 5-fluorouracile (5FU) che costituisce la base della maggior parte dei trattamenti dei tumori gastrointestinali, soprattutto nella modalità di infusione continua della durata di 46-48 ore (Mueller et al., 2013). In particolare, uno studio pubblicato agli inizi di quest'anno dimostra come nelle pazienti di sesso femminile l'area sottesa dalle curve delle concentrazioni ematiche risulti significativamente più elevata.

Nella stessa casistica, le donne sono andate incontro a maggiori episodi di nausea e vomito associati alla chemioterapia (Mueller et al., 2013). Gli stessi autori hanno riportato insieme a queste differenze farmacocinetiche di genere, una maggiore presenza nel sesso femminile di varianti di mutazione della diidropirimidinadeidrogenasi, l'enzima responsabile del catabolismo del 5FU, maggiormente legate alla tossicità del farmaco.

Accanto alle dimostrazioni di maggiore tossicità nelle donne, esistono evidenze per vari tipi di chemioterapia di una superiore risposta clinica che si lega anche ad una sopravvivenza più lunga (Singh et al., 2005). Il dato più recente riguarda la risposta clinica agli inibitori della tirosinchimasi, erlotinib e gefitinib, superiore nelle pazienti di sesso femminile con adenocarcinoma polmonare: la maggiore risposta clinica è legata alla maggior percentuale di mutazioni del recettore EGFR²¹ nelle donne rispetto agli uomini, mutazione che attiva il recettore stesso e lo rende sensibile all'inibizione (Watanabe et al., 2011).

²¹ Epidermal Growth Factor Receptor (EGFR – Recettore del fattore di crescita dell'epidermide).

Recentemente è stata anche pubblicata l'associazione fra questo tipo di mutazione EGFR e l'espressione di recettori agli estrogeni (Sun et al., 2011), con il suggerimento di un potenziale sinergismo fra terapia ormonale e inibitori delle tirosinchinasi in donne con carcinoma del polmone (Baggio et al., 2013).

In conclusione, ci sembra di aver sottolineato numerose evidenze cliniche e sperimentali che evidenziano importanti differenze di genere nella tossicità e nella efficacia della chemioterapia antitumorale. Queste evidenze meriterebbero approfondimenti specifici e soprattutto studi clinici controllati con specifico indirizzo alle differenze di genere per una particolare personalizzazione dei futuri trattamenti antitumorali.

Bibliografia

- Baggio G, Corsini A, Floreani A, Giannini S, Zagonel V. Gender medicine: a task for the third millennium. *Clin Chem Lab Med* 2013; 51(4): 713-727.
- Franconi F, Brunelleschi S, Steardo L, Cuomo V. Gender differences in drug responses. *Pharmacol Res* 2007; 55(2): 81-95.
- Liaw CC, Wang CH, Chang HK, Liau CT, Yeh KY, Huang JS, et al. Gender discrepancy observed between chemotherapy-induced emesis and hiccups. *Support Care Cancer* 2001; 9(6): 435-441.
- Lipshultz S, Lipsitz SR, Mone SM, Goorin AM, Sallan SE, Sanders SP, et al. Female sex and higher drug dose as risk factors for late cardiotoxic effects of doxorubicin therapy for childhood cancer. *New Engl J Med* 1995; 332(26): 1738-1743.
- Moore RA, Adel N, Riedel E, Bhutani M, Feldman DR, Tabbara NE, et al. High incidence of thromboembolic events in patients treated with cisplatin-based chemotherapy: a large retrospective analysis. *J Clin Oncol* 2011; 29(25): 3466-3473.
- Mueller F, Büchel B, Köberle D, Schürch S, Pfister B, Krähenbühl St, et al. Gender-specific elimination of continuous-infusional 5-fluorouracil in patients with gastrointestinal malignancies: results from a prospective population pharmacokinetic study. *Cancer Chemother Pharmacol* 2013; 71: 361-370.
- Nicolson TJ, Mellor HR, Roberts RRA. Gender differences in drug toxicity. *Trends Pharmacol Sci* 2010; 31(3): 108-114.
- Singh S, Parulekar W, Murray N, Feld R, Evans WK, Tu D, et al. Influence of sex on toxicity and treatment outcome in small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23(4): 850-856.

- Sloan JA, Goldberg RM, Sargent DJ, Vargas-Chanes D, Nair S, Cha SS, et al. Women experience greater toxicity with fluorouracil-based chemotherapy for colorectal cancer. *J Clin Oncol* 2002; 20(6): 1491-1498.
- Sloan JA, Loprinzi CL, Novotny PK, Okuno S, Nair S, Barton DL. Sex differences in fluorouracil-induced stomatitis. *J Clin Oncol* 2000; 18(2): 412-420.
- Soldin OP, Chung SH, Mattison DR. Sex differences in drug disposition. *J Biomed Biotechnol* 2011; Article ID 187103, 14 pp.
- Stein BN, Petrelli NJ, Douglas HO, Driscoll DL, Arcangeli G, Meropol NJ. Age and sex are independent predictors of 5-fluorouracil toxicity: analysis of a large-scale phase III trial. *Cancer* 1995; 75(1): 11-17.
- Sun HB, Zheng Y, Ou W, Fang Q, Li P, Ye X, et al. Association between hormone receptor expression and epidermal growth factor receptor mutation in patients operated on for non-small cell lung cancer. *Ann Thorac Surg*. 2011 May;91(5):1562-1567.
- Wang J, Huang Y. Pharmacogenomics of sex difference in chemotherapeutic toxicity. *Curr Drug Discov Technol* 2007; 4(1): 59-68.
- Watanabe S, Tanaka J, Ota T, Kondo R, Tanaka H, Kagamu H, et al. Clinical responses to EGFR-tyrosine kinase inhibitor retreatment in non-small cell lung cancer patients who benefited from prior effective gefitinib therapy: a retrospective analysis. *BMC Cancer* 2011; 11(1): <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/11/1>, open access.
- Zalcberg J, Kerr D, Seymour L, Palmer M. Hematological and non-hematological toxicity after 5-fluorouracil and leucovorin in patients with advanced colorectal cancer is significantly associated with gender, increasing age and cycle number. *Eur J Cancer* 1998; 34(12): 1871-1875.

4.3 Altre malattie croniche

4.3.1 Diabete

Cristiana Baggiore - Azienda sanitaria di Firenze
Valentina Barletta - ARS Toscana

La medicina di genere nasce dall'esigenza di differenziare la donna dall'uomo oltre che dal punto di vista biologico anche da quello sociale, psicologico e culturale. In particolare, la malattia diabetica risente molto delle differenze di genere ed il profilo di rischio cardiovascolare è peggiore nella donna con diabete rispetto all'uomo.

Anche il rischio di complicanze cardiache fatali è più alto nel genere femminile, soprattutto con l'insorgenza della menopausa. Tutto ciò comporta nella donna diabetica una qualità ed un'aspettativa di vita peggiori.

Una forma di diabete, il gestazionale, inoltre, è per definizione una malattia di genere e, di per sé, un fattore di rischio importante per l'insorgenza di diabete di tipo 2 negli anni successivi. Anche un'altra patologia tipica del genere femminile in epoca post-riproduttiva come l'osteoporosi mostra quadri clinici più severi e prognosi peggiore nella donna diabetica rispetto alle donne non diabetiche.

Dati nazionali derivati dagli Annali AMD 2011 (**Figura 4.12**) mostrano una situazione italiana simile a quella toscana (**Tabella 4.6**), con una prevalenza maggiore della malattia diabetica nei maschi. La distribuzione per classi di età evidenzia nella popolazione femminile toscana una maggior prevalenza fra le donne al di sotto dei 45 anni, in controtendenza rispetto alla popolazione italiana, dove la maggior prevalenza è fra le ultra75enni.

Figura 4.12

Distribuzione della popolazione per genere e classe di età (%) soggetti con DM2 visti nell'anno 2009 da 236 Servizi di Diabetologia in Italia - Fonte: da Cristofaro M et al., 2011

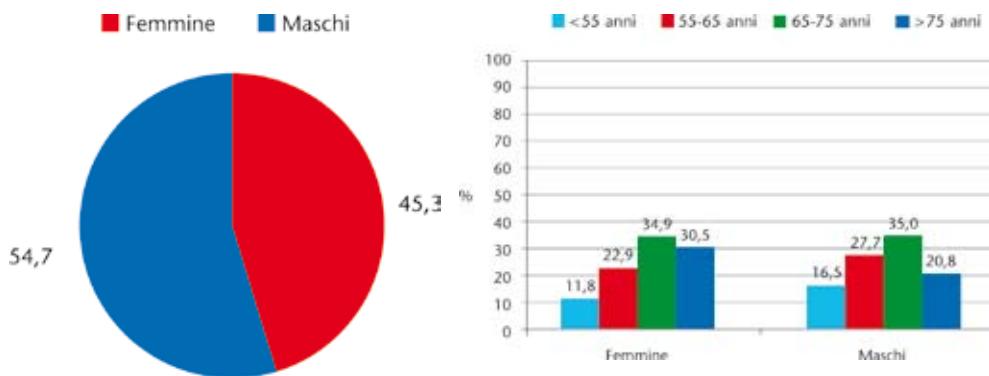


Tabella 4.6

Prevalenza di diabete nella popolazione in Toscana (per 1.000 residenti) Fonte: Banca dati MaCro

Classi di età	Maschi (N=103.853)		Femmine (N=102.248)		Totale (N=206.101)	
	prevalenza grezza	IC 95%	prevalenza grezza	IC 95%	prevalenza grezza	IC 95%
16-44	6.7	6.5-6.9	8.8	8.5-9.0	7.7	7.6-7.9
45-64	62.2	61.6-62.9	40.7	40.2-41.2	51.2	50.7-51.6
65-84	183.1	181.8-184.4	142.0	140.9-143.0	160.3	159.4-161.1
85+	198.5	194.7-202.4	178.6	176.1-181.0	184.7	182.7-186.8
Totale	68.4	68.0-68.9	60.9	60.5-61.2	64.5	64.2-64.7
Prevalenza standardizzata					59.9	59.7-60.2

Per quanto riguarda gli indicatori di processo più strettamente correlati con il profilo di rischio cardiovascolare del paziente diabetico, oltre i due terzi dei pazienti hanno effettuato, secondo i dati nazionali, un controllo annuale del profilo lipidico (Cristofaro M et al., 2011).

L'uso di statine in Italia, se non ancora ottimale nella popolazione a rischio, è comunque significativamente più elevato rispetto a quanto avviene in Toscana, dove è solo nella fascia di popolazione ultra65enne che l'impiego di statine è maggiormente diffuso (**Figura 4.13 e Tabella 4.7**). In ogni modo, la percentuale di soggetti di genere femminile risulta inferiore rispetto a quella di genere maschile. È un dato che deve far riflettere se consideriamo il diverso profilo di rischio cardiovascolare tra i due generi nella popolazione diabetica. Il diabete, di fatto, aumenta il rischio di morte coronarica (rispetto ai non diabetici) molto più nella donna rispetto all'uomo e ciò, in parte, può essere spiegato dal profilo aterogeno differente nei due generi.

Figura 4.13

Utilizzo delle diverse classi di ipolipemizzanti nella popolazione divisa per genere (%) soggetti con DM2 visti nell'anno 2009 da 236 Servizi di Diabetologia in Italia - Fonte: da Cristofaro M et al., 2011

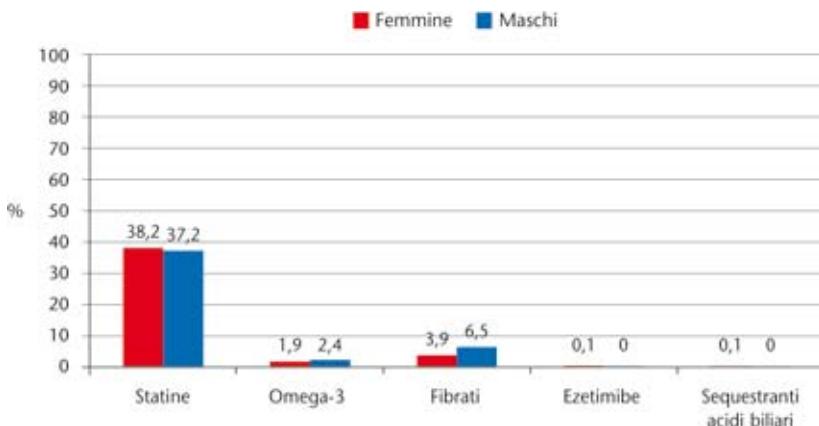


Tabella 4.7

Proporzione di pazienti diabetici residenti in Toscana in terapia con statine per genere e classe di età - Fonte: Banca dati MaCro

Classi di età	Maschi		Femmine		Totale	
	% std	IC 95%	% std	IC 95%	% std	(IC 95%)
16-44	5.0	4.4-5.6	1.9	1.6-2.2		
45-64	28.3	27.7-28.8	24.6	24.0-25.3		
65-84	40.7	40.3-41.1	38.6	38.2-39.0		
85+	25.2	24.2-26.2	21.6	20.9-22.3		
Totale	20.4	20.0-20.7	17.3	17.1-17.6	18.8	18.6-19.0

Alcuni ricercatori tedeschi (delle Università di Colonia, Bonn e Amburgo), con la collaborazione della Facoltà di medicina di Harvard, sostengono proprio che le donne diabetiche sofferenti per malattia cardiovascolare abbiano un peggiore controllo di importanti fattori di rischio modificabili rispetto agli uomini e che le stesse pazienti ricevano un trattamento ipolipemizzante meno intenso (Gouni-Berthold I, et al., 2008).

Non vi sono differenze significative nei due generi per ciò che riguarda il controllo glicometabolico nei dati nazionali. La percentuale di pazienti che ha effettuato almeno una misurazione di emoglobina glicata HbA1c nell'anno è significativamente elevata, superando in entrambi i generi il 90%. Ciò dimostra l'attenzione del medico per un indicatore di compenso a medio e lungo termine, in accordo con quelle che sono le raccomandazioni espresse dagli Standard italiani per la cura del diabete mellito tipo 2 (AMD – SID, 2011).

Tuttavia, ad eccezione del controllo glicometabolico, per gli indicatori di processo analizzati a livello nazionale, vi è una costante differenza tra le percentuali di pazienti distinti per genere, sempre a svantaggio della popolazione femminile. Se andiamo ad analizzare i dati della Toscana, espressi secondo un indice di stima della qualità della cura complessiva (**Tabella 4.8**), possiamo notare come, in accordo con il dato italiano, vi sia una grande differenza fra i due generi e come siano soprattutto le donne più giovani, con meno di 45 anni e quelle ultra85enni ad avere un profilo assistenziale peggiore.

Tabella 4.8

Proporzione di pazienti diabetici residenti in Toscana che hanno effettuato un follow-up appropriato per il DM2 per genere e classe di età - Fonte: Banca dati MaCro

Classi di età	Maschi		Femmine		Totale	
	% std	IC 95%	% std	IC 95%	% std	(IC 95%)
16-44	35.6	33.7-37.4	19.8	18.6-21.0		
45-64	33.7	33.1-34.3	35.1	34.4-35.8		
65-84	39.1	38.7-39.5	39.7	39.2-40.1		
85+	22.6	21.6-23.6	16.6	16.0-17.2		
Totale	35.4	34.5-36.2	28.6	28.0-29.2	32.0	31.5-32.5

* Guideline Composite Indicator (GCI): esame annuale dell'emoglobina glicata e almeno due esami in un anno tra retina, microalbuminuria e colesterolo totale. Indicatore validato da Giorda (Giorda C et al., 2012)

Quindi le donne ricevono una cura “globalmente intesa” meno soddisfacente rispetto agli uomini, nonostante l’approccio medico alla cura non appaia dissimile nei due generi. È verosimile che queste differenze siano determinate soprattutto da una maggiore difficoltà per le donne all’accesso alle cure per motivi diversi legati al profilo psico-sociale e a quadri di comorbilità più complessi, che dovranno essere indagati a fondo e compresi per attivare le strategie educative e terapeutiche più opportune.

Bibliografia

- Cristofaro M, Ferrero C, Giorda CB, Manicardi V, Mulas MF, Napoli A, Nicolucci A, Rossi MC, Suraci C (2011). Le Monografie degli Annali AMD. Focus su: Differenze di genere.
- Gouni-Berthold I, Berthold HK, Mantzoros CS, Böhm M, Krone W. Sex Disparities in the Treatment and Control of Cardiovascular Risk Factors in Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 2008; 31: 1389-91.
- Banca dati MaCro Agenzia Regionale di Sanità della Toscana: <https://www.ars.toscana.it/marsupio/macro/>
- Giorda C, Picariello R, Nada E, Tartaglino B, Marafetti L, Costa G, Gnavi R. et al. The Impact of Adherence to Screening Guidelines and of Diabetes Clinics Referral on Morbidity and Mortality in Diabetes. PLoS ONE, April 2012
- Associazione Medici Diabetologici (AMD). Scoietà Italiana di Diabetologia (SID). Standard italiani per la cura del diabete mellito tipo 2 – Edizione per la Medicina Generale, 2011.

4.3.2 Osteoporosi

Luisella Cianferotti, Simone Parri, Maria Luisa Brandi - Università degli Studi di Firenze, AOU Careggi

L'osteoporosi è una malattia sistematica cronica ad eziologia multifattoriale, caratterizzata da una riduzione della massa ossea e un deterioramento della microarchitettura ossea che determinano un'alterazione della qualità e resistenza del tessuto scheletrico, con conseguente aumento delle fratture da fragilità. A differenza della maggior parte delle patologie croniche, per le quali lo standard di riferimento è stato costituito dalla popolazione maschile e le caratteristiche della popolazione femminile sono state studiate ed interpretate come deviazione da quelle del gruppo di riferimento, per l'osteoporosi i modelli diagnostici sono stati sviluppati per il sesso femminile. La stessa definizione densitometrica di osteoporosi elaborata dall'Organizzazione mondiale della sanità – OMS (*Bone Mass Index* - BMD - Densità minerale ossea, misurata con la tecnica *Dual X-ray Absorptiometry* - DXA - assorbimento a doppio raggio fotonico, inferiore a 2,5 deviazioni standard rispetto al valore medio del picco di massa ossea della donna giovane adulta, ovvero T-score < -2,5) è stata elaborata ed è validata per le donne in postmenopausa. Ma l'osteoporosi non è solo una patologia femminile. Sebbene la BMD costituisca uno dei maggiori determinanti del rischio di frattura, ad oggi non è stata ancora stabilita con esattezza universalmente la soglia diagnostica per il sesso maschile. Nella pratica clinica sono utilizzati anche nella popolazione maschile i criteri

sensitometrici definiti dall'OMS per le donne in postmenopausa. Mentre nella donna una delle principali cause di osteoporosi è la deficienza estrogenica postmenopausale, nell'uomo sono più frequenti le osteoporosi di tipo secondario, come l'osteoporosi secondaria ad ipogonadismo o terapia corticosteroidea. Indubbiamente, gli ormoni sessuali (estrogeni e androgeni) sono essenziali per l'acquisizione del picco di massa ossea e per il mantenimento dell'integrità ossea nei due sessi.

Una donna su tre e un uomo su sette sono affetti da osteoporosi. In merito alla diretta conseguenza dell'osteoporosi, una donna su 3 ed un uomo su 5 di età superiore ai 50 anni presenterà una frattura da fragilità. Tra gli anziani, le fratture osteoporotiche rappresentano una delle maggiori cause di mortalità, con un'incidenza sostanzialmente sovrapponibile a quella per ictus e tumore della mammella e quattro volte superiore a quella per tumore dell'utero. Per questi motivi l'OMS considera l'osteoporosi seconda solo alle patologie cardiovascolari come problema critico di salute pubblica.

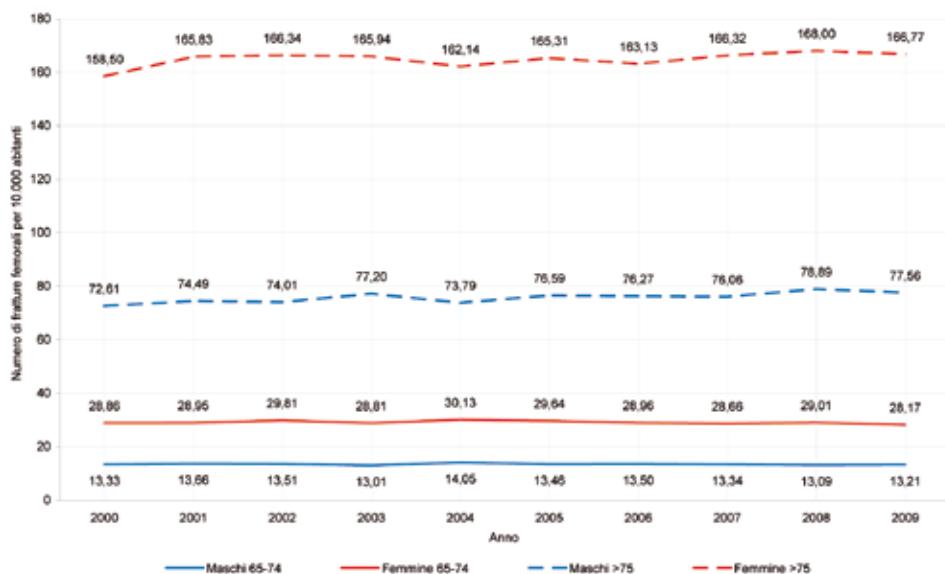
Il principale studio epidemiologico italiano, lo studio *Epidemiological Study on the Prevalence of Osteoporosis in Italy* (ESOPO) effettuato nell'anno 2000 su 16.000 soggetti, ha documentato un'elevata prevalenza di osteoporosi: 23% delle donne (dal 9% in donne dai 40 ai 49 anni, sino al 45% in donne dai 70 ai 79 anni) e 15% degli uomini sopra i 60 anni (Adami S et al., 2003). In Italia circa 4,5 milioni di donne e 1 milione di uomini sono affetti da osteoporosi e circa il 20% delle donne sopra i 50 anni hanno una o più fratture vertebrali a causa dell'osteoporosi: in media, si verificano più di 55.000 fratture di femore all'anno nelle donne sopra i 50 anni.

Dal 2000 al 2009 in Italia si sono verificate 840.000 fratture di femore (Piscitelli P et al., 2011; Piscitelli P et al., 2013). Nello stesso periodo, il numero delle morti come conseguenza della frattura di femore è stato stimato in 150.000, mentre il numero di soggetti con disabilità permanente è di oltre 200.000. Tutto ciò ha determinato una spesa per il sistema sanitario di circa 10 miliardi di euro, che comprende oltre un miliardo di euro erogato per pensioni d'invalidità. Come mostrato nella **Figura 4.14**, la maggior parte delle fratture femorali si è verificata in donne con età superiore a 75 anni, con un'incidenza che è progressivamente aumentata nel corso degli anni. Tuttavia, l'incidenza delle fratture femorali è sensibilmente aumentata anche negli uomini di 75 anni e oltre. Questo trend viene evidenziato anche nelle analisi regionali.

La mortalità è elevata, in quanto circa il 18% dei soggetti muore entro il primo anno dall'episodio fratturativo. Analogamente, la morbilità è elevata, poiché, tra i sopravvissuti, il 50% non recupera la mobilità pre-frattura e non mantiene l'autonomia/autosufficienza. Tra i fratturati di femore, circa il 6,5% presenterà un'ulteriore frattura osteoporotica entro quattro anni. I costi totali diretti per il servizio pubblico sanitario sono stimati in più di 100 milioni di euro. È dimostrato che le terapie antiosteoporotiche (prescrivibili in Italia secondo la nota AIFA 79), conservano la loro efficacia anche nella prevenzione secondaria, in quanto riducono il rischio di fratture successive. Una delle attuali campagne dell'International Osteoporosis Foundation (*Stop at one*) mira ad

instaurare opportune misure nella popolazione dei soggetti che hanno subito una frattura da fragilità al fine di prevenire ulteriori episodi fratturativi. Purtroppo, in Toscana, solo 1.000 dei 6.000 pazienti fratturati (meno del 20%) vengono avviati a terapie antifratturate (dati 2007). Inoltre, il 60% di questo già esiguo numero di pazienti interrompe quasi subito il trattamento vanificandone l'efficacia con conseguente spreco di denaro pubblico per terapie in nota 79 troppo brevi per essere efficaci. In relazione a ciò, lo spreco della Toscana è stato stimato in 250.000 euro all'anno.

Figura 4.14
Fratture femorali in Italia (per 10.000 abitanti) per genere e ed età - Fonte: archivio SDO, Ministero della salute



Applicando il dato toscano alla situazione nazionale, sono 17mila i fratturati di femore in Italia ai quali è stata prescritta una terapia antifratturativa (in nota 79) per una spesa totale di 5 milioni di euro (se si ipotizza un'aderenza ottimale al trattamento), che rappresenta lo 0,05% della spesa farmaceutica nazionale.

La Regione Toscana ha deciso di avviare un programma per la prevenzione delle rifratture femorali, rivolto a tutti i residenti in Toscana di età pari o superiore a 65 anni che presentino una frattura femorale (progetto Trattamento appropriato delle rifratture geriatriche in Toscana - TARGeT), coordinato dall'Azienda ospedaliero-universitaria di Careggi (SOD Malattie del metabolismo minerale e osseo), Università di Firenze e Università di Siena. Il progetto mira a garantire un efficace e tempestivo trattamento a tutti i pazienti che subiscono una frattura di femore (non meno dell'80%), attraverso un percorso strutturato che prevede il coinvolgimento dei medici di famiglia, degli ortopedici e degli altri specialisti che si occupano del trattamento dell'osteoporosi. Gli obiettivi

sono: ridurre l'incidenza delle fratture femorali ed in particolare delle ri-fratture di femore su base osteoporotica nei soggetti anziani; diminuire l'inappropriatezza derivante dal mancato avviamento dei pazienti con frattura femorale a terapie farmacologiche preventive di provata efficacia antifratturativa; ridurre lo spreco di risorse legato ad una cattiva adesione alla terapia. Il progetto TARGeT si propone di garantire una terapia rimborsata almeno all'80% degli anziani fratturati, con massima attenzione alla persistenza in terapia, raggiungendo una compliance di almeno un anno nel 70% dei pazienti e di almeno il 50% a due anni. Allo stesso tempo mira ad implementare un modello di collaborazione tra ortopedico e servizi ambulatoriali per la diagnosi e cura dell'osteoporosi.

Secondo i dati dello studio TARGeT, in Toscana si verificano circa 6.000 fratture di femore ogni anno in soggetti sopra i 65 anni. Nelle **Tabelle 4.9 e 4.10** sono evidenziati, in numero assoluto ed in percentuale, le fratture di femore nei due generi e per classi di età in Toscana, considerando i dati estratti secondo codice DRG²² riferito al ricovero, considerando il codice univoco di ogni soggetto e quindi escludendo le rifratture nello stesso paziente (Piscitelli P et al., 2010; Piscitelli P et al., 2011; Piscitelli P et al., 2012).

Tabella 4.9

Numeri e proporzione dei fratturati di femore sopra i 65 anni di età per genere in Toscana - Fonte: archivio SDO, anni 2009-2011

Anno	uomini		donne	
	n	%	n	%
2009	1.251	22,2	4.385	77,8
2010	1.389	23,5	4.525	76,5
2011	1.325	24,3	4.127	75,7

Tabella 4.10

Numeri e proporzione dei fratturati di femore sopra i 65 anni di età per genere ed età in Toscana - Fonte: archivio SDO, anno 2011

età	uomini		donne	
	n	%	n	%
65-69	67	5,1	184	4,5
70-74	128	9,7	330	8,0
75-79	211	15,9	611	14,8
80-84	309	23,3	1.000	24,2
85-89	392	29,6	1.206	29,2
90-94	151	11,4	565	13,7
95 +	67	5,1	231	5,6

²² Diagnosis-Related Groups (DRG - Raggruppamenti omogenei di diagnosi).

Bibliografia

- Adami S, Giannini S, Giorgino R, Isaia G, Maggi S, Sinigaglia L, Filipponi P, Crepaldi G, Di Munno O (2003). The effect of age, weight, and lifestyle factors on calcaneal quantitative ultrasound: the ESOPO study. *Osteoporosis International*; 14 (3):198-207.
- Piscitelli P, Tarantino U, Chitano G, Argentiero A, Neglia C, Agnello N, Saturnino L, Feola M, Celi M, Raho C, Distante A, Brandi ML (2011). Updated incidence rates of fragility fractures in Italy: extension study 2002-2008. *Clinical Cases in Mineral and Bone Metabolism*; 8 (3):54-61.
- Piscitelli P, Chitano G, Johannson H, Brandi ML, Kanis JA, Black DM (2013). Updated fracture incidence rates for the Italian version of FRAX®. *Osteoporosis International*; 24 (3):859-866.
- Piscitelli P, Brandi ML, Nuti R, Rizzuti C, Giorni L, Giovannini V, Metozzi A, Merlotti D (2010). The TARGET project in Tuscany: the first disease management model of a regional project for the prevention of hip re-fractures in the elderly. *Clinical Cases in Mineral and Bone Metabolism*; 7 (3):251-254.
- Piscitelli P, Marcucci G, Parri S, Cavalli L, Colli E, Pazzagli L, Batacchi P, Brocca T, Giovannini V, Brandi ML (2011). Compliance to antifracture treatments in Tuscany: a regional survey based on institutional pharmaceutical dataset. *Clinical Cases in Mineral and Bone Metabolism*; 8 (3):62-65.
- Piscitelli P, Parri S, Brandi ML. Antifracture drugs consumption in Tuscany Region before the Target Project: a valuable model for the analysis of administrative database (2012). *Clinical Cases in Mineral and Bone Metabolism*; 9 (2):76-79.

4.3.3 Incontinenza urinaria

Massimo Fabbiani - Azienda sanitaria di Firenze

Donata Villari - Università degli Studi di Firenze, AOU Careggi

Definizione

L'International Continence Society (ICS) definisce nel 2002 l'incontinenza urinaria (IU) come "qualsiasi perdita involontaria di urina", facilitando così la riproducibilità degli studi epidemiologici e clinici (Abrams P et al., 2002; Abrams P et al., 2009).

Epidemiologia

Tale condizione, molto frequente e la cui rilevanza aumenta con l'età, emerge oggi come una patologia con una insospettata prevalenza ed una sempre più diffusa richiesta

di cura, finora poco percepita. Ha risvolti medici, economici, sociali e relazionali tanto rilevanti quanto spesso sottovalutati.

I dati riportati in letteratura sulla prevalenza della IU variano ampiamente, in funzione sia della popolazione studiata che della definizione utilizzata e la prevalenza risulta essere circa doppia nelle donne rispetto agli uomini. Anche se la gran parte dei dati epidemiologici è basata sulla popolazione nordeuropea e americana e i dati relativi alla popolazione italiana sono scarsi e frammentari, possiamo affermare che in Italia, ad oggi, sono stimabili oltre tre milioni di persone affette da IU, anche se tale prevalenza è abbondantemente sottostimata. Una distinzione cruciale è quella tra pazienti incontinenti “conosciuti” dal servizio socio-sanitario (poiché seguiti dai medici di medicina generale, dagli specialisti e dagli assistenti sociali, oppure ricoverati nelle sezioni per lungodegenti nelle strutture sanitarie del territorio, nelle case di riposo per anziani, nelle unità spinali e così via) e pazienti “sconosciuti” al servizio socio-sanitario (popolazione generale) che rappresentano sicuramente la grande maggioranza. La IU è stata descritta, infatti, come uno dei “tre giganti dell’invecchiamento”, insieme alla confusione mentale e alle cadute per inadeguato controllo posturale. L’Organizzazione mondiale della sanità stima che il fenomeno incontinenza coinvolga in tutto il mondo oltre 200 milioni di persone (Hunskaar S et al., 2001). Interessa tutte le età della vita con incidenza maggiore nella fascia oltre i 65 anni. Lo studio norvegese *Epidemiology of Incontinence in the Country of Nord-Trøndelag* (EPINCONT) (Hannestad YS et al., 2000) riporta un’incidenza del fenomeno intorno al 2,6% dai 20 ai 39 anni, che sale al 6,5% dai 40 ai 54 anni e all’8,6% dai 55 ai 69 anni, raggiungendo il 13,0% oltre i 70 anni. In relazione al genere, dai 4 ai 14 anni c’è una maggior prevalenza dell’incontinenza nei bambini maschi; sotto i 30 anni, invece, si riscontra un’incidenza dal 16 al 52% nelle femmine, contro il 6-10% nei maschi; tra i 30 e i 60 anni la prevalenza nelle femmine varia dal 17 al 39%, mentre nei maschi dal 2 al 12% e, dopo i 60 anni, si passa al 4,5-44% delle donne contro il 22-33% dell’uomo. Nella popolazione degli ospedalizzati il fenomeno dell’incontinenza varia, nelle donne, dal 22% al 90%, mentre, negli uomini, oscilla dal 22% al 33% (Diokno AC et al., 2007).

In Italia, oltre 2 milioni di donne tra i 35 e i 65 anni soffrono di incontinenza urinaria. Questo problema affligge anche il genere maschile, con una prevalenza sensibilmente inferiore rispetto al genere femminile. La IU maschile è maggiormente rappresentata dopo i 60 anni (Fondazione italiana continenza).

Uno studio condotto a Padova (Pagano F et al., 1991), con questionario postale su soggetti di età superiore a 5 anni, ha dimostrato che la prevalenza della IU nella popolazione generale è del 13%, rispettivamente del 17% nel genere femminile e del 9% in quello maschile. Se per analogia riportiamo questi dati alla popolazione toscana, si stimano 477.000 persone con IU (**Tabella 4.11**), risultato da ritenere particolarmente indicativo in quanto considera soggetti di tutte le età non ospiti di istituzioni (nelle quali la prevalenza è ancora maggiore).

Tabella 4.11**Stima della popolazione con incontinenza urinaria (IU) in Toscana**

Genere	Popolazione toscana – Anno 2005	Prevalenza IU (Pagano F et al., 1991)	Stima popolazione Toscana con IU
Maschi	1.755.812	9%	158.023
Femmine	1.879.650	17%	319.540
Totale	3.635.462		477.563

Classificazione

La IU, in base ai sintomi, può essere definita:

- incontinenza urinaria da urgenza (IUU);
- incontinenza urinaria da sforzo (IUS);
- incontinenza urinaria mista;
- enuresi notturna;
- incontinenza da *overflow* e/o ritenzione urinaria;
- forme funzionali e transitorie su base irritativa;
- pseudo-incontinenze da sbocchi ectopici.

Una condizione particolare è rappresentata dalla sindrome della vescica iperattiva (VIP) – in inglese *Overactive Bladder* (OAB) - che è caratterizzata da un insieme di sintomi: l'urgenza minzionale (improvviso desiderio di urinare, difficile da rinviare), la pollachiuria (aumento della frequenza minzionale durante la giornata) e la nicturia (minzione notturna plurima), associati o meno alla IU da urgenza.

La vescica iperattiva interessa sia uomini che donne. Secondo lo studio EPIC (Irwin DE et al., 2006), la VIP ha una prevalenza del 12,8% nelle donne contro il 10,8% negli uomini. Tra coloro che ne soffrono, il 60% sono donne, nelle quali, in più della metà dei casi, è associata la IU da urgenza. L'impatto sulla qualità di vita è estremamente pesante e ben definito nella frase di Jeanette S. Brown M.D. “La vescica iperattiva non uccide ma ruba la vita”.

Fisiopatologia

Fattori che concorrono alla continenza urinaria:

- integrità anatomica e impermeabilità delle vie urinarie;
- capacità di accomodazione o compliance vescicale;
- stabilità detrusoriale;
- efficienza dei meccanismi sfinterici vescico-uretrali;
- trasmissione della pressione addominale dell'uretra prossimale;
- compressione dell'uretra da parte delle strutture adiacenti.

Fattori di rischio per le donne (Rekers H et al., 1992; Milsom I et al., 1993):

- età;

- gravidanza e il parto;
- obesità e massa corporea;
- diabete;
- isterectomia;
- sintomi irritativi del basso tratto urinario;
- quadro ormonale e menopausa;
- fumo;
- dieta;
- disordini neurologici, deficit cognitivi e funzionali.

Fattori di rischio per l'uomo:

- età;
- sintomi irritativi su base ostruttiva;
- decadimento cognitivo o impedimenti funzionali;
- disturbi neurologici;
- cause iatogene.

Diagnosi

Oggi la IU e/o le disfunzioni del pavimento pelvico richiedono un approccio integrato fra le varie figure professionali (urologo, ginecologo, colo-proctologo, fisiatra, neurologo). Ruolo fondamentale riveste la comunicazione fra il medico di medicina generale e le persone affette da incontinenza. L'anamnesi, adeguatamente strutturata, è l'elemento portante della diagnosi clinica e può essere distinta in:

- specifica: mira e distinguere le varie forme di incontinenza;
- perineale: evidenzia la presenza di altri disturbi associati;
- generale: rileva fattori di rischio e concuse della IU (diabete, obesità, patologie croniche dell'apparato respiratorio, malattie neurologiche, difetti cognitivi, ridotta mobilità, uso di farmaci che influenzano continenza e svuotamento vescicale).

Terapia

La IU può essere trattata con diverse opzioni terapeutiche:

- conservativa (rieducazione vescicale, chinesiterapia, biofeedback e stimolazione elettrica) (Bortolami A, 2009; Di Benedetto P, 1998; De Oliveira B et al., 2005; Siegel SW et al., 1997; Jundt K et al., 2002);
- farmacologica;
- chirurgica.

In ogni caso, il primo trattamento della IU dovrebbe prevedere interventi comportamentali e agire sullo stile di vita:

- perdita di peso;
- sospensione del fumo;

- riduzione delle sostanze irritanti per l'urotelio come la caffeina e la teina;
- adeguata idratazione, per impedire che le urine siano troppo concentrate e irritino la vescica;
- rimedi contro la stitichezza, scegliendo una dieta ricca di fibre (abbondanza di cereali integrali, frutta e verdura), poiché questi cibi, aumentando il volume delle feci, facilitano l'evacuazione e riducono la pressione sulla vescica.

Impatto sociale e psicologico

La IU ha ripercussioni importanti sulla vita di relazione familiare, sociale e sulla sessualità, tanto da modificare lo stile di vita di chi ne è affetto. Vengono messe in atto una serie di “misure difensive” al fine di limitare l’insorgenza del problema:

- difficoltà sul **posto di lavoro** nel caso di persone a contatto diretto con il pubblico;
- **minzione difensiva** che porta ad urinare frequentemente, anche senza bisogno, per paura dello stimolo non controllabile;
- **abbigliamento mimetico** con abiti larghi e scuri per nascondere i pannolini ed eventuali macchie di urina;
- **ricambi al seguito** (pannolini, pantaloni, abbigliamento intimo);
- **drastica riduzione dell’introduzione di bevande**, con disidratazione e squilibri elettrolitici;
- **auto-segregazione** in casa, con rifiuto di inviti e/o eventi sociali;
- **progressivo isolamento** dal contesto familiare e sociale;
- ricorso ad **antidepressivi**.

Inoltre la IU può incidere in particolare sulla vita sessuale delle donne portando 2 donne su 3 a non cercare più intimità sessuale, con un impatto fortemente negativo sul rapporto con il partner (Lolli F et al., 2010).

Costi dell’incontinenza urinaria

I costi diretti e indiretti della IU sono elevatissimi. Da numerose pubblicazioni nordamericane risulta che la IU è tra le condizioni patogene per le quali il servizio sanitario spende di più (la spesa per l’incontinenza è maggiore di quella sostenuta per la dialisi e la chirurgia aorto-coronarica associate).

Dalla “stima ministeriale italiana dell’assistenza protesica erogata attraverso il nomenclatore tariffario delle protesi” si evince che l’importo per gli ausili per incontinenti rappresenta circa il 64% di tutta la spesa sostenuta dal Servizio sanitario nazionale (SSN) per l’erogazione delle protesi.

La IU rappresenta un costo sia per l’individuo che per la società, la cui entità è molto elevata anche considerando solo gli aspetti più facilmente quantificabili del problema.

I costi legati alla IU si possono scomporre in tre componenti: diretti, indiretti, intangibili.

Costi diretti:

- processi diagnostico-valutativi;
- procedure terapeutiche;
- conseguenze della IU, sia direttamente collegate allo stato di salute, sia per i più prolungati periodi di ospedalizzazione, sia per le più precoci istituzionalizzazioni;
- utilizzo di ausili.

Costi indiretti:

- perdita di guadagno legata alla IU per assenza dal lavoro, visite, esami ecc.;
- tempo speso da parenti e amici per la cura della persona incontinente.

I costi intangibili sono il corrispondente economico del disagio e della sofferenza derivante dalla IU.

Dai dati della Federazione italiana incontinenti (FINCO) relativi all'anno 2011 emerge una spesa a carico dell'SSN di 300.000.000 di euro per presidi di assorbenza e di 34.500.000 di euro per cateteri a permanenza e sacche di raccolta (FINCO, 2012).

Bibliografia

- Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, et al. (2009). Incontinence 4th International Consultation on Incontinence. Paris July 5-8, 2008 4th Edition.
- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, et al. (2002). The standardisatio of therminology of lower urinary tract function : report from the standardization of the International Continence Society. Neurourology and Urodynamics ; 21: 167-178.
- Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S, (2000). A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. J Clin Epidemiol; 53(11):1150-7.
- Pagano F, Artibani W, et al. (1991). Ricerca epidemiologica sulla prevalenza dell'incontinenza urinaria nell'USLL 21. Edizioni CLEUF Padova.
- Irwin D E, Milsom I, Hunskaar S, et al. (2006). Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: result of EPIC study. Eur Urol; 50:1306-15.
- Bortolami A. (2009). Riabilitazione del pavimento pelvico. Elsevier Srl Milano.
- Di Benedetto P. (1998). Il prolasso urogenitale e l'incontinenza urinaria. In

Riabilitazione uro-ginecologica. Ed Minerva Medica.

- Hunskaar S, Arnold EP, Bugio K, Diokno AC, Herzog AR, Mallet VT, (2001). Epidemiology and natural history of urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunction*; 16 (6):413.
- Diokno AC, Estanol MV, Ibrahim IA, Balasubramaniam M, (2007). Prevalence of urinary incontinence in community dwelling men: a cross sectional nationwide epidemiological survey. *Int Urol Nephrol*; 36 (1): 129-36. Epub 2006 Nov 4
- Rekers H, Drijendijk AC, Volkenbrug H et al. (1992). Urinary Incontinence in women from 35 to 79 year of age: prevalence and consequences. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*; 43:229.
- Milsom I, Ekelind P, Molander U, et al. (1993). The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. *I Urol*; 149: 1459.
- De Oliveira B, et al. (2005). Intravaginal electrical stimulation for the treatment of chronic pelvic pain. *J Reprod Med*; 50 (4): 267-72.
- Siegel SW, Richardson DA, Miller KL, Karram M, Blackwood NB, Sand PK, et al. (1997). Pelvic floor electrical stimulation for the treatment of urge and mixed urinary incontinence in women. *Urology*; 50 (6): 934-70.
- Jundt K et al. (2002). Long-term efficacy of pelvic floor re-education with EMG controlled biofeedback. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* Nov 15; 105 (2): 181-5
- Lolli F, Pepegnà S, Sacconi F. (2010). Disabilità intellettiva e sessualità. Franco Angeli srl Milano 2010
- FINCO, (a cura di) 2012. Libro bianco sull'incontinenza urinaria. Di Canosa Stampa Editoriale.

4.4 Malattie rare

Fabrizio Bianchi - CNR, Fondazione toscana “Gabriele Monasterio”

Federica Pieroni - Fondazione toscana “Gabriele Monasterio”

Anna Pierini - CNR, Fondazione toscana “Gabriele Monasterio”

Le malattie rare (MR) raggruppano circa 7-8.000 patologie con una bassa diffusione nella popolazione (prevalenza <5/10.000).

A seguito del decreto ministeriale 18 maggio 2001, n. 279, che ha istituito il Registro nazionale malattie rare, sono stati predisposti in Toscana specifici atti normativi per

l'individuazione dei presidi regionali accreditati nella Rete delle MR. Inoltre, è stato creato il Registro toscano malattie rare (RTMR) che nel 2008 è stato istituito ufficialmente quale registro di rilevante interesse sanitario.

L'RTMR, entrato a regime nel luglio 2006, è coordinato dalla Regione Toscana ed è gestito dalla Fondazione toscana “Gabriele Monasterio” di Pisa. La raccolta dei dati è estesa a tutta la regione con il coinvolgimento di tutti i Presidi sanitari pubblici della Toscana e ha tra gli obiettivi principali la sorveglianza epidemiologica, la programmazione di idonee politiche sanitarie di intervento e il supporto alla definizione della Rete dei Presidi.

Dalla fine del 2012 è online il nuovo sito della Rete toscana MR (www.malattierare.toscana.it) dove sono reperibili schede informative di patologia redatte dai membri del Coordinamento regionale, contenenti indicazioni precise sul percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale per il paziente, e rapporti aggiornati per ciascuna malattia/gruppo di malattia registrati.

Al giugno 2013, nell'RTMR risultano archiviati 27.344 casi (caso=soggetto con diagnosi certa di MR). Sul totale dei casi registrati, le femmine rappresentano il 54% (14.685 casi).

Il gruppo di patologie più diffuso è quello del sistema nervoso e degli organi di senso (32%), seguito dal gruppo “endocrino, nutrizione, metabolismo e sistema immunitario” (20%) e dalle malformazioni congenite (17%).

Le patologie di interesse del Registro sono ad oggi 461 (365 esenti a livello nazionale, 73 esenti solo per residenti toscani, 23 patologie non esenti, presenti a solo scopo epidemiologico).

Le percentuali più alte per il sesso maschile riguardano i gruppi “sistema respiratorio” (65,3%), “sangue e organiematopoietici” (61%) e “malformazioni congenite” (53%).

Le femmine sono più rappresentate nei gruppi “sistema osteomuscolare e connettivo” (86,5%), “apparato digerente” (69,9%) e “sistema circolatorio” (69,3%).

Il rapporto tra sessi (RS) rilevato per 35 MR con almeno 30 nuovi casi diagnosticati nel periodo 2008-2012 (casi incidenti) è stato confrontato col rapporto tra sessi atteso sulla base di quanto osservato nella popolazione toscana nello stesso periodo (**Tabella 4.12**).

Il rapporto tra il numero di maschi osservati rispetto agli attesi è stato testato senza e con aggiustamento per cinque classi di età (1:0-19; 2:20-39; 3:40-59; 4:60-79; 5:>79 anni) con metodo indiretto, cioè applicando il rapporto M/F osservato in ciascuna classe di età della popolazione alla stessa classe di età della MR analizzata, al fine di depurare il confronto dall'effetto della diversa composizione per età del campione rispetto alla popolazione di riferimento.

Inoltre, il calcolo dello scostamento tra osservati e attesi in ciascuna classe di età permette di valutare statisticamente lo squilibrio tra sessi in ciascuna classe.

Sia per le classi di età che per il loro complesso, la differenza tra osservati e attesi è stata valutata mediante test chi-quadro con 1 grado di libertà e mediante probabilità esatta secondo la distribuzione di Poisson, quando i casi attesi erano inferiori a 10.

I risultati sono presentati secondo quattro tipologie:

- A1) RS>1 indicativo di un eccesso di maschi, con significatività statistica;
 A2) RS>1 indicativo di un eccesso di maschi, senza significatività statistica;
 B1) RS<1 indicativo di un eccesso di femmine, con significatività statistica;
 B2) RS<1 indicativo di un eccesso di femmine, senza significatività statistica.

Blocco A1

Sono risultate significativamente più frequenti tra i maschi, per specifiche classi di età, rispetto alla popolazione di confronto, le seguenti MR:

sindrome di Klinefelter (tutti maschi distribuiti nelle classi di età 1,2,3); *malattie interstiziali polmonari primitive*: RS= 2,83, classe di età con scostamento significativo: 4; *cheratocono*: RS=2,38, classe di età con scostamento significativo: 2; *emocromatosi ereditaria*: RS=2,15, classe di età con scostamento significativo: 4; *lichen sclerosus et atrophicus*: RS=1,71, classe di età con scostamento significativo: 2; *sindrome di Down*: RS=1,43, nessuna classe di età significativa.

Blocco A2

Un RS superiore all'unità, equivalente ad un eccesso di maschi, è stato osservato anche per le seguenti 9 MR, senza significatività statistica:

sferocitosi ereditaria: RS=1,83; *tumori stromali gastrointestinali (GIST)*: RS=1,59; *sindromi da duplicazione/deficienza cromosomica*: RS=1,47; *distrofie muscolari*: RS=1,38; *polineuropatia cronica infiammatoria demielinizzante*: RS=1,25; *sindromi da aneuploidia cromosomica*: RS=1,19; *malattia di Behcet*: RS=1,17; *altre anomalie congenite multiple con ritardo mentale*: RS=1,11; *difetti ereditari della coagulazione*: RS=1,11.

Blocco B1

Un valore di RS inferiore a 1,0, cioè un eccesso di femmine, è stato rilevato per le seguenti MR, con uno scostamento statisticamente significativo rispetto alla popolazione di confronto, e per specifiche classi di età:

connettività indifferenziate: RS=0,08 (classi di età con scostamento significativo: 2, 3, 4); *sclerosi sistemica*: RS=0,16 (classi di età con scostamento significativo: 2, 3, 4, 5); *arterite a cellule giganti*: RS=0,25 (classi di età con scostamento significativo: 4, 5); *polimiosite*: RS=0,27 (nessuno scostamento significativo per classi di età); *ipertensione polmonare arteriosa idiopatica*: RS=0,34 (nessuno scostamento significativo per classi di età); *sprue celiaca*: RS=0,41 (classi di età con scostamento significativo: 1, 2, 3); *immunodeficienze primarie*: RS=0,71 (classe di età con scostamento significativo: 4); *miastenia grave*: RS=0,77 (classe di età con scostamento significativo: 2); *pemfigoide bolloso*: RS=0,87 (classe di età con scostamento significativo: 5).

Blocco B2

Eccessi di femmine, senza significatività statistica, sono stati individuati per le seguenti MR:

dermatomiosite: RS=0,39; *sindrome da anticorpi antifosfolipidi*: RS=0,40; *distrofie miotoniche*: RS=0,50; *malattie mitocondriali*: RS=0,52; *sindrome di Churg-Strauss*: RS=0,61; *feocromocitoma-paraganglioma*: RS=0,61; *malattia di Charcot Marie Tooth*: RS=0,68; *crioglobulinemia mista*: RS=0,77; *neurofibromatosi*: RS=0,88; *sclerosi laterale amiotrofica*: RS=0,96.

**Tabella 4.12
Distribuzione del sesso per 35 Malattie Rare. Casi incidenti nel Registro Toscano Malattie Rare (2008-2012)**

MALATTIA	M	F	Totale	M/Tot%	M/F	RR grezzo		Signif RR agg	Signif Classi di età	Classi di età signif
						RR	Signif			
KLINEFELTER SINDROME DI	41	0	41	100,00			*			
MALATTIE INTERSTIZIALI POLMONARI PRIMITIVE (SOLO ALVEOLITE FIBROSANTE)	34	12	46	73,91	2,83	3,05	+	1,48	+	4
CHERATOCONO	93	39	132	70,45	2,38	2,56	*	2,36	*	2
EMOCROMATOSI EREDITARIA	43	20	63	68,25	2,15	2,31	+	2,34	*	4
LICHEN SCLEROSUS ET ATROPHICUS	65	38	103	63,11	1,71	1,84	+	1,97	+	2
SINDROME DI DOWN	33	23	56	58,93	1,43	1,54	+	1,48	ns	
SFEROCITOSI EREDITARIA	22	12	34	64,71	1,83	1,97	ns	1,75	ns	
TUMORI STROMALI GASTROINTESTINALI (GIST)	35	22	57	61,40	1,59	1,71	ns	1,99	ns	
SINDROMI DA DUPLICAZIONE/DEFICIENZA CROMOSOMICA	25	17	42	59,52	1,47	1,58	ns	1,41	ns	
DISTROFIE MUSCOLARI	29	21	50	58,00	1,38	1,48	ns	1,47	ns	
POLINEUROPATHIA CRONICA INFAMMATORIA DEMIELINIZZANTE	20	16	36	55,56	1,25	1,34	ns	1,42	ns	
SINDROMI DA ANEUPLOIDIA CROMOSOMICA	19	16	35	54,29	1,19	1,28	ns	1,15	ns	
BEHÇET MALATTIA DI	28	24	52	53,85	1,17	1,25	ns	1,19	ns	
ALTRE ANOMALIE CONGENITE MULTIPLE CON RITARDO MENTALE	52	47	99	52,53	1,11	1,19	ns	1,05	ns	
DIFETTI EREDITARI DELLA COAGULAZIONE	21	19	40	52,50	1,11	1,19	ns	1,09	ns	
PEMFIGO	26	26	52	50,00	1,00	1,08	ns	1,16	ns	
CONNELLITIVI INDIFERENZIATI	10	120	130	7,69	0,08	0,09	*	0,09	*	2,3,4
SCLEROSI SISTEMICA	27	166	193	13,99	0,16	0,17	*	0,19	*	2,3,4,5
ARTERITE A CELLULE GIGANTI	17	67	84	20,24	0,25	0,27	*	0,36	*	4,5

POLIMIOSITE	7	26	33	21,21	0,27	0,29	+	0,31	ns
IPERTENSIONE POLMONARE ARTERIOSA IDIOPATICA	12	35	47	25,53	0,34	0,37	+	0,42	ns
SPRUCE CELIACA	166	409	575	28,87	0,41	0,44	*	0,41	*
IMMUNODEFICIENZE PRIMARIE	4,9	69	118	41,53	0,71	0,76	ns	0,73	*
MIASTENIA GRAVE	44	57	101	43,56	0,77	0,83	ns	0,90	*
PEMFIGOIDE BOLLOSO	54	62	116	46,55	0,87	0,94	ns	1,36	*
DERMATOMIOSITE	11	28	39	28,21	0,39	0,42	ns	0,47	ns
SINDROME DA ANTICORPI ANTIOSFOLIPIDI (FORMA PRIMITIVA)	14	35	49	28,57	0,40	0,43	ns	0,42	ns
DISTROFIE MIOTONICHE	11	22	33	33,33	0,50	0,54	ns	0,53	ns
MALATTIE MITOCONDRIALI ESCLUSO: S. DI MELAS E S. DI MERRF	15	29	44	34,09	0,52	0,56	ns	0,56	ns
CHURG-STRAUSS SINDROME DI	14	23	37	37,84	0,61	0,65	ns	0,69	ns
FEOCROMOCITOMA-PARAGANGLIOMA SINDROME DI	14	23	37	37,84	0,61	0,65	ns	0,65	ns
CHARCOT MARIE TOOTH MALATTIA DI	17	25	42	40,48	0,68	0,73	ns	0,73	ns
CRIOGLOBULINEMIA MISTA	58	75	133	43,61	0,77	0,83	ns	0,87	ns
NEUROFIBROMATOSE	29	33	62	46,77	0,88	0,94	ns	0,86	ns
SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA	79	82	161	49,07	0,96	1,04	ns	1,19	ns
TOTALE 35 MALATTIE RARE	1234	1738	2972	41,52	0,71	0,76	*	0,78	*
TOTALE RTMR	2000	2592	4592	43,55	0,77	0,83	*	0,83	*
									2,3,4

Legenda: RR=Rischio relativo tra M/F osservato e M/F atteso;
 test su RR: + p<0,05; * p<0,01; ns non significativo;
 test su classi di età: in grassetto: significatività 1%; in carattere normale: significatività al 5%.

Complessivamente, il numero dei casi incidenti nell'RTMR relativi al periodo 2008-2012 ammonta a 2.000 maschi e 2.592 femmine, con un rapporto M/F di 0,77, che corrisponde al 23% di femmine in più rispetto ai maschi. Tale risultato è statisticamente significativo ($p<0,01$) sia rispetto al rapporto regionale grezzo che a quello aggiustato per classi di età, con sbilanciamenti significativi nelle tre classi di età centrali.

Un eccesso di maschi è stato riscontrato per 15 MR, per una il RS è risultato bilanciato, per 19 MR è emersa una maggiore componente femminile. Per 5 MR i maschi rappresentano più del doppio delle femmine e, viceversa, per 6 MR le femmine sono oltre il doppio dei maschi.

I dati rilevati in Toscana per la *fibrosi polmonare idiopatica (malattie interstiziali polmonari primitive)* confermano un rilevante eccesso di maschi con questa malattia (73,9%), in linea con quanto già segnalato da altri studi (Nalysnyk L et al., 2012, review).

I dati toscani confermano anche la maggiore presenza di maschi con *emocromatosi ereditaria* (Crownover BK e Covey CJ, 2013).

Relativamente al *cheratocono* i dati dell'RTMR hanno evidenziato una percentuale molto più elevata di maschi rispetto alle femmine (70,4%), confermata da alcuni studi (Mohd-Alia B et al., 2012; Ertan A e Muftuoglu O, 2008), ma non da altri che, invece, non hanno evidenziato una distribuzione diversa tra i due sessi (OMIM, 2012).

Per il *lichen sclerosus et atrophicus*, il dato toscano (casi con sesso maschile pari al 63,1%) si discosta da precedenti segnalazioni di letteratura con casi osservati prevalentemente tra le femmine (Dalziel K e Shaw S, 2010).

Relativamente alla *sindrome di Down*, i nostri dati hanno evidenziato una percentuale più elevata di maschi (58,9%), in accordo con i dati epidemiologici pubblicati (Shin M et al., 2009).

Tra le 35 MR analizzate, le *connettiviti indifferenziate* hanno il RS fortemente sbilanciato a favore del sesso femminile con 120 casi su 130 totali registrati (92,3%), similmente a quanto segnalato per le connettiviti miste indifferenziate (Gunnarsson R et al., 2011).

I dati toscani confermano la documentata associazione del sesso femminile alla *celiachia*, in particolare infantile, anche se le cause rimangono ad oggi sconosciute (Kang JY, 2013; Wingren CJ et al., 2012). Le femmine rilevate sono oltre il 70% dei casi totali ($F/M=2,46$). È stato ipotizzato il ruolo dei geni HLA²³ dovuto ad un possibile effetto diverso nei due sessi, attribuibile

²³ Human Leukocyte Antigen Complex (HLA Complex - Complesso antigenico leucocitario umano).

a modificazioni epigenetiche eventualmente presenti nel genoma di uno dei genitori (Megiorni F et al., 2008).

La *sclerosi sistemica* risulta associata al sesso femminile, con 166 casi sui 193 totali, pari all'86,0%. I dati dell'RTMR confermano i risultati pubblicati anche recentemente (Andréasson K et al., 2013; Hoffmann-Vold AM et al., 2012; Le Guern V et al., 2004; Mayes MD et al., 2003).

Il ruolo dell'aggiustamento per età della popolazione regionale determina alcuni cambiamenti nella significatività statistica degli scostamenti a causa della differente distribuzione per età e per sesso dei casi con MR rispetto alla popolazione generale: nel caso della sindrome di Down, polimiosite e ipertensione polmonare arteriosa idiopatica, l'RS aggiustato perde la significatività statistica presente per il RS grezzo, per contro per le immunodeficienze primarie, la miastenia grave e il pemfigoide bolloso l'aggiustamento per età fa acquisire significatività statistica allo scostamento dell'RS.

Queste informazioni, combinate con quelle sulle classi di età maggiormente interessate dagli sbilanciamenti maschio-femmina, rivestono interesse in special modo per la pianificazione dei servizi mirati, sia di diagnosi e cura, sia di riabilitazione e sostegno sociale, in grado di tener conto dei diversi bisogni e della diversa domanda che si esprime a seconda dell'età e del sesso.

Bibliografia

- Decreto ministeriale 18 maggio 2001, n. 279 (“Regolamento Istituzione Rete Nazionale Malattie Rare e esenzione”). Delibera Giunta regionale Toscana 14 giugno 2004, n. 570 (“DM 279/2001 ‘Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie, ai sensi dell’art. 5, comma 1, lettera b del D.Lgs. 124/98’ - Individuazione presidi regionali.”).
- Delibera Giunta regionale Toscana 11 ottobre 2004, n. 1017 (“Malattie rare. Individuazione strutture di coordinamento e modifiche alla delibera di Giunta regionale n° 570/2004”).
- Delibera Giunta regionale Toscana 9 febbraio 2009, n. 90 (“Malattie rare. Disposizioni per l’ampliamento dei livelli di assistenza e l’aggiornamento della rete dei presidi”).
- European Union Committee of Experts on Rare Diseases (EUCERD) Recommendations: Quality criteria for Centres of Expertise for Rare Diseases in Member States. 24 October 2011.

- Decreto 19 dicembre 2012, n. 6095 (“Rete Regionale dei Presidi delle malattie rare. Aggiornamento dei presidi di coordinamento del decreto dirigenziale n. 5771/2009”).
- Pierini A, Pieroni F, Paoli D, Imiotti MC, Marrucci S e Bianchi F (2012). Il Registro Toscano delle Malattie Rare per finalità epidemiologiche e di sanità pubblica. *Supplemento al Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità*; vol. 25, num. 3 suppl. 2:31.
- Taruscio D (2011). Il Registro Nazionale e i Registri Regionali/interregionali delle malattie rare. Rapporto anno 2011. *Rapporto ISTISAN*; 11/20: 1-98.
- Berni C, Bianchi F, Leto A, Pierini A, Pieroni F, Rial M, Scida P, Scopetani G (2009). Il Registro Regionale Malattie Rare della Toscana. *Supplemento al Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità*; vol. 22, no 4 suppl. 1:13-17.
- Bianchi F, Pierini A, Pieroni F (2009). Il Registro Toscano delle Malattie Rare. *Toscana Medica*;3:40-41.
- Leto A, Scida P, Berni C, Pierini A (2008). Attacco alle malattie rare. *Il Sole 24 Ore Sanità*; Suppl. al n. 25 del 24-30 giugno:1.
- Legge Regionale 10 novembre 2008, n. 60 (Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 “Disciplina del servizio sanitario regionale”). “Art. 20 ter Istituzione di registri di rilevante interesse sanitario.
- Andréasson K, Saxne T, Bergknut C, Hesselstrand R, Englund M (2013). Prevalence and incidence of systemic sclerosis in southern Sweden: population-based data with case ascertainment using the 1980 ARA criteria and the proposed ACR-EULAR classification criteria. *Annals of the Rheumatic Diseases*; doi:10.1136/annrheumdis-203618.
- Crownover BK, Covey CJ (2013). Hereditary hemochromatosis. *American Family Physician*; Feb 1;87(3):183-90. Review.
- Dalziel K, Shaw S; Lichen sclerosus. *BMJ*. 2010 Feb 15;340:c731. doi: 10.1136/bmj.c731
- Ertan A, Muftuoglu O (2008). Keratoconus clinical findings according to different age and gender groups. *Cornea*; Dec;27(10):1109-13. doi: 10.1097/ICO.0b013e31817f815a.
- Le Guern V, Mahr A, Mouthon L, Jeanneret D, Carzon M, Guillevin L (2004). Prevalence of systemic sclerosis in a French multi-ethnic county. *Rheumatology*; Sep;43(9):1129-37.
- Mayes MD, Lacey JV Jr, Beebe-Dimmer J, Gillespie BW, Cooper B, Laing TJ, Schottenfeld D (2003). Prevalence, incidence, survival, and disease characteristics of systemic sclerosis in a large US population. *Arthritis Rheumatology*; Aug;48(8):2246-55.
- Gunnarsson R, Molberg O, Gilboe IM, Gran JT; PAHNOR1 Study Group (2011). The prevalence and incidence of mixed connective tissue disease: a national multicentre survey of Norwegian patients. *Annals of the Rheumatic Diseases*; Jun;70(6):1047-51.

- Hoffmann-Vold AM, Midtvedt Ø, Molberg Ø, Garen T, Gran JT (2012). Prevalence of systemic sclerosis in south-east Norway. *Rheumatology*; Sep;51(9):1600-5.
- Kang JY, Kang AH, Green A, Gwee KA, Ho KY (2013). Systematic review: worldwide variation in the frequency of coeliac disease and changes over time. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*; Aug;38(3):226-45.
- Megiorni F, Mora B, Bonamico M, Barbato M, Montuori M, Viola F, Trabace S, Mazzilli MC. HLA-DQ and susceptibility to celiac disease: evidence for gender differences and parent-of-origin effects. *American Journal of Gastroenterology*. 2008 Apr;103(4):997-1003. doi: 10.1111/j.1572-0241.2007.01716.x. Epub 2008 Jan 2.
- Mohd-Alia B, Abdua M, Yean Yawb C, Mohidin N(2012). Clinical characteristics of keratoconus patients in Malaysia: a review from a cornea specialist centre. *Journal of Optometry*; 05:38-42. - Vol. 05 Num.01 DOI: 10.1016/j.joptom.2012.01.002.
- Nalysnyk L, Cid-Ruzafa J, Rotella P, Esser D. Incidence and prevalence of idiopathic pulmonary fibrosis: review of the literature. *Eur Respir Rev*. 2012 Dec 1;21(126):355-61. doi: 10.1183/09059180.00002512.
- John Hopkins University, Online Mendelian Inheritance in Man (OMIM), An Online Catalog of Human Genes and Genetic Disorders: <http://www.omim.org/entry/148300> updated 05/11/2012.
- Shin M, Besser LM, Kucik JE, Lu C, Siffel C, Correa A; Congenital Anomaly Multistate Prevalence and Survival Collaborative Prevalence of Down syndrome among children and adolescents in 10 regions of the United States. *Pediatrics*. 2009 Dec;124(6):1565-71. doi: 10.1542/peds.2009-0745.
- Wingren CJ, Agardh D, Merlo J (2012). Sex differences in coeliac disease risk: a Swedish sibling design study. *Digestive and Liver Disease*; Nov;44(11):909-13.

4.5 Malattie infettive

4.5.1 Malattie infettive soggette a notifica

Cristina Epifani - ASL 4 Prato

Monica Da Frè, Monia Puglia - ARS Toscana

In questo capitolo sono riportati i dati derivati dal sistema di sorveglianza delle malattie infettive, il Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse previsto dal DM 15 dicembre 1990, che raccoglie le malattie soggette a notifica obbligatoria e che

suddivide queste condizioni in 5 classi caratterizzate da tempi e modalità di notifica diversi, a seconda della rilevanza della classe di appartenenza. Tra queste non ci sono malattie infettive che colpiscono esclusivamente il genere femminile, anche se ci può essere una diversa prevalenza delle diverse affezioni a seconda del genere.

L'importanza delle malattie infettive nell'analisi per genere è in gran parte legata alla possibilità di trasmissione verticale dell'infezione, da madre a bambino, e per le conseguenze sul feto quando contratta in gravidanza.

Numerosi patogeni possono essere trasmessi verticalmente da madre a figlio in seguito allo sviluppo, da parte della madre, di un'infezione primaria, ricorrente o cronica. La trasmissione materno-fetale può avvenire in utero (infezione congenita), durante il travaglio del parto (infezione perinatale), oppure attraverso l'allattamento (infezione postatale).

In alcuni casi le conseguenze per il feto e il nascituro sono poco rilevanti (ad esempio per il virus del morbillo, dell'epatite A, il poliovirus, l'echovirus il coxachievirus, i papillomavirus umani), mentre altri agenti infettivi, come il virus della rosolia, il citomegalovirus, l'HIV, l'epatite B e l'epatite C, il Treponema pallidum, la Listeria monocytogenes, il Toxoplasma gondii e il Plasmodium falciparum, possono determinare danni clinicamente rilevanti, come l'aborto spontaneo, la morte fetale, il ritardo di crescita intrauterino, alcune malformazioni congenite, infezioni neonatali o postnatali di diversa entità.

In questo paragrafo vengono analizzate la rosolia e l'epatite B, per le quali sono disponibili dati epidemiologici correnti e sono stati previsti e attivati interventi preventivi efficaci in grado di proteggere la donna eliminando la possibilità di trasmissione della malattia e i conseguenti danni del feto e del neonato. Per queste due affezioni il ruolo fondamentale, tra gli interventi preventivi, è svolto dalla vaccinazione: per entrambe le affezioni sono, infatti, disponibili vaccini molto sicuri e con una elevata efficacia protettiva (95-98%). Nel caso della rosolia, la trasmissione materno-infantile avviene in utero (infezione congenita) e il rischio è quindi maggiore quando contratta dalla donna nel primo trimestre di gravidanza, mentre l'epatite B viene trasmessa durante il parto (infezione perinatale) con conseguente infezione cronica e aumentato rischio di cirrosi epatica.

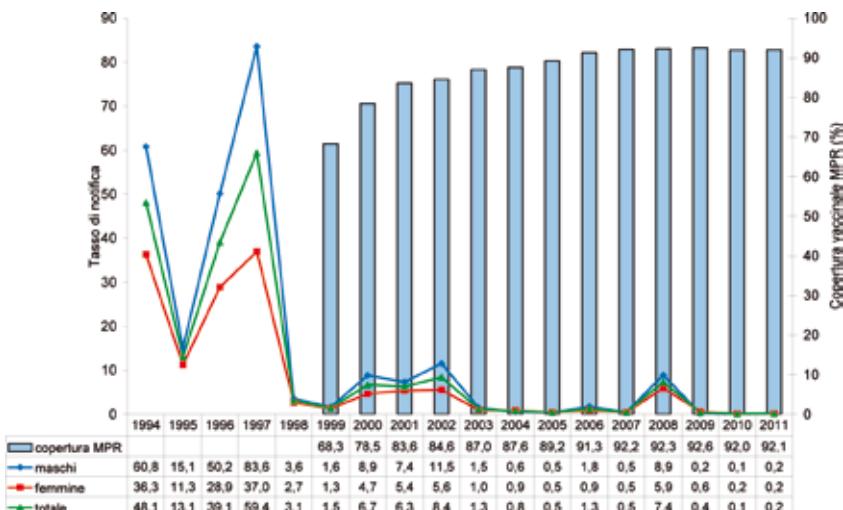
La **rosolia** è una malattia infettiva acuta causata da un virus del genere Rubivirus (famiglia Togaviridae).

Nel 2011 sono stati notificati in Toscana 7 casi di rosolia, in 3 maschi e 4 femmine; nel periodo 1994-2011, i casi nei maschi sono stati 4.370 e 2.636 nelle femmine, con un rapporto M/F di 1,7:1. Il tasso di notifica è risultato nel 2011 di 0,19 per 100.000, in linea con il valore osservato nel 2010 in Italia, 0,14 per 100.000, ma superiore al valore medio europeo (UE), che è stato di 0,03 per 100.000 (ECDC, 2013). L'andamento della malattia nel periodo 1994-2011 ha mostrato una progressiva riduzione del numero dei casi segnalati, che è passato dai 3.539 casi del triennio 1994-1996 ai 28 casi del 2009-2011, e dei relativi tassi di notifica (**Figura 4.15**) dal valore di 48,1 per 100.000

del 1994 allo 0,2 per 100.000 del 2011 (-99,6%). La riduzione è risultata presente sia nei maschi che nelle femmine e, almeno in parte, è attribuibile all'aumento della diffusione della vaccinazione, che è passata da coperture in età evolutiva del 68,3% nel 1999 al 92% nel 2011.

Anche considerando i tassi di notifica per genere si osservano valori costantemente superiori nei maschi rispetto alle femmine, con l'eccezione degli ultimi tre anni in cui l'incidenza nel genere femminile è risultata pari o lievemente superiore.

Figura 4.15
Tasso di notifica (per 100.000 residenti) della rosolia per genere e copertura vaccinale per MPR*. Periodo 1994-2011



* Morbillo, parotite e rosolia.

Nell'intero periodo considerato, la distribuzione per età dei casi di rosolia ha evidenziato, come atteso, una prevalenza in età infantile: più di un caso su due ha presentato un'età inferiore a 15 anni (57,4%) e l'età mediana è risultata di 13 anni. Una percentuale rilevante di casi si è, comunque, osservata anche in età adolescenziale (il 34,6% aveva tra i 15 e i 24 anni), mentre nel 7,1% si è trattato di giovani adulti (25-44 anni) e nell'1% di soggetti in età adulta e avanzata (45 anni e oltre). Sono in particolare le femmine ad essere colpite da rosolia in età infantile: il 73,6% di queste ha infatti meno di 15 anni (rispetto al 47,6% dei maschi), il 15,9% ha 15-24 anni (45,9% nei maschi) e il 10,5% ha più di 25 anni (6,5% nei maschi). L'età mediana è risultata di 9 anni per le femmine e di 15 anni per i maschi.

Come atteso, vista l'alta efficacia protettiva del vaccino contro la rosolia, la maggior parte dei casi di malattia si è verificato in soggetti non vaccinati, nell'ultimo triennio hanno riferito di non essere stati vaccinati quasi 9 casi su 10, senza differenze a seconda del genere.

Di particolare importanza in questo ambito è la situazione immunitaria delle donne in età fertile per il rischio di gravi ripercussioni sul feto e sull'embrione, nel caso di rosolia in gravidanza. La situazione immunitaria delle donne in età fertile non è nota, in un'indagine di sieroprevalenza condotta nel 2004 (Rota MC et al., 2007) è risultato che una quota rilevante di queste risultano essere suscettibili all'infezione. Questo, insieme alla particolare incidenza della malattia nella fascia di età adolescenziale e giovane adulta, è un importante segnale d'allarme per il possibile rischio di rosolia congenita del nascituro (sindrome della rosolia congenita). Negli ultimi dieci anni, nella nostra casistica, le donne in età feconda (15-49) che hanno contratto la rosolia sono state 182, 102 delle quali negli ultimi quattro anni.

La rosolia congenita continua, infatti, ad essere notificata in Italia; nel periodo 2005-2012 sono stati notificati 61 casi confermati e 3 probabili di rosolia congenita, con un andamento temporale in modesto aumento a partire dal 2008. Appare quindi non più rimandabile l'adesione alle indicazioni del "Piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015" (Ministero della salute, 2011) che, in linea con le indicazioni dell'Ufficio regionale europeo dell'Organizzazione mondiale della sanità ha posto, tra gli altri, l'obiettivo di ridurre l'incidenza dei casi di sindrome della rosolia congenita ad 1 caso ogni 100.000 nati vivi, e di ridurre a meno del 5% la percentuale di donne in età fertile suscettibili alla rosolia. A questo fine, il 17 luglio 2013 è stata approvata la circolare del Ministero della salute "Sorveglianza della Rosolia congenita e dell'infezione da virus della rosolia in gravidanza alla luce del nuovo Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita 2010-2015" che rafforza il sistema di sorveglianza, introduce procedure per il follow-up dei casi di rosolia congenita e dell'esito delle gravidanze e attiva un flusso informativo dai laboratori alle Aziende USL per identificare le donne suscettibili in età fertile e organizzare la chiamata attiva alla vaccinazione.

L'**epatite B** è una malattia infettiva causata dal virus dell'epatite B (HBV) appartenente alla famiglia degli *Hepadnaviridae*. La trasmissione del virus avviene attualmente in prevalenza per via sessuale, ma è possibile anche attraverso il sangue infetto o per via verticale, da madre a figlio.

Nel 2011, in Toscana, sono stati notificati 67 casi di Epatite B, 48 maschi e 19 femmine, nel periodo 1994-2011 sono stati notificati 1.999 casi, 1.497 maschi e 502 femmine.

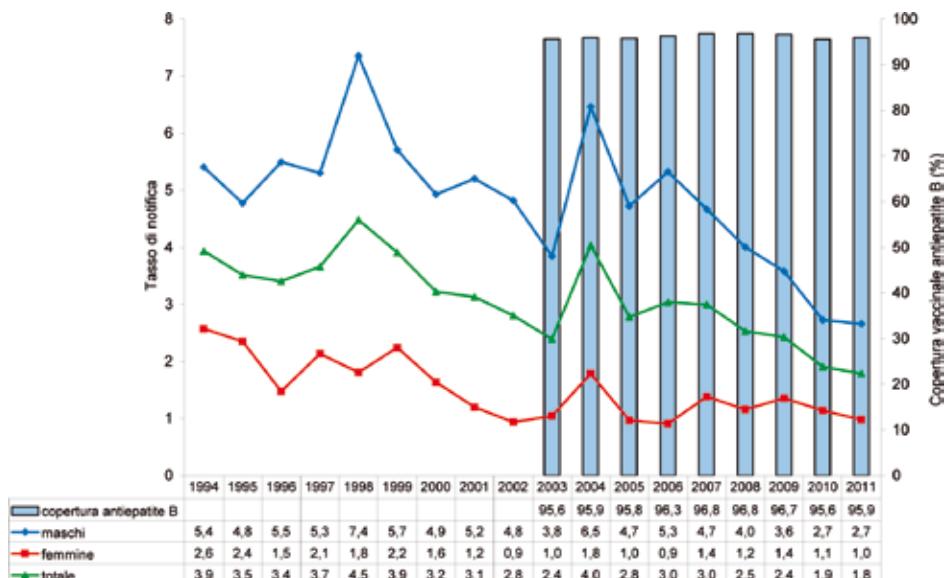
Il tasso di notifica di epatite B raggiunto in Toscana nel 2011 è stato di 1,8 per 100.000, lievemente superiore rispetto al tasso raggiunto nello stesso anno in Italia (SEIEVA, 2011) (1,0 per 100.000) e, in maniera meno evidente, al valore osservato nell'insieme delle regioni del Centro-Nord (1,2 per 100.000). Tra i Paesi europei (ECDC, 2012) il tasso italiano, disponibile per l'anno 2009, è risultato inferiore rispetto al valore medio europeo (1,18 per 100.000 a fronte di 2,97 per 100.000 dei Paesi UE).

L'andamento della malattia nel periodo ha evidenziato una lenta tendenza alla riduzione del numero dei casi notificati (da 128 casi all'anno del triennio 1994-1996

a 76 casi del 2009-2011) e dei tassi di notifica che, nel periodo, sono passati dal valore di 3,9 per 100.000 del 1994 all'attuale 1,8 per 100.000 (-54,6%). Questo andamento decrescente, in linea con quanto osservato anche a livello nazionale, è stato attribuito sia alle maggiorate condizioni igieniche e socioeconomiche e alla riduzione della circolazione intrafamiliare del virus (minore ampiezza dei nuclei familiari), sia all'introduzione di misure preventive, come lo screening del sangue e la vaccinazione dei soggetti in età evolutiva (Zuccaro O et al., 2012). Rispetto a questo ultimo intervento preventivo, le elevate coperture vaccinali raggiunte in Toscana nell'ultimo decennio, costantemente superiori al 95%, hanno contribuito in maniera rilevante alla riduzione dell'incidenza della malattia, in particolare nelle età più giovani (**Figura 4.16**).

L'epatite B ha mostrato una netta prevalenza nel genere maschile, il rapporto M/F è stato in totale di 3,0:1 e i tassi di notifica specifici per genere hanno evidenziato valori costantemente superiori nei maschi rispetto alla femmine. La malattia ha colpito nell'ultimo anno soprattutto soggetti in età giovane adulta e adulta avanzata, la metà dei soggetti ha presentato un'età compresa tra 25-44 anni (52,2%) e il 31,3% un'età superiore a 44 anni. Più raramente la malattia si è verificata nelle età più giovani, il 14,9% dei casi in età adolescenziale (15-24 anni) e l'1,5% in bambini tra 5-14 anni, mentre nessun caso è stato riportato in bambini di 0-4 anni. Anche considerando l'intero periodo viene confermata la prevalenza di giovani e adulti: il 57,5% dei casi ha presentato un'età compresa tra 25-44 anni, il 26,5% più di 44 anni, il 14,0% tra 15-24 anni e soltanto il 2,0% tra 0-14 anni, senza sostanziali differenze nella distribuzione dei casi per fasce di età tra i generi.

Figura 4.16
Tasso di notifica (per 100.000 residenti) dell'Epatite B per genere e copertura vaccinale Antiepatite B. Periodo 1994-2011



Nella maggior parte dei casi l'epatite B ha colpito soggetti non vaccinati: in totale sono risultati non vaccinati 1.884 pazienti su 1.918 (98,2%) e anche considerando l'ultimo anno, i non vaccinati sono stati il 95,2%, senza alcuna differenza per genere. Esaminando la distribuzione per classe di età dei casi in vaccinati, in totale 34, si è osservato che il 43,8% ha un'età compresa tra 25-44 anni, il 31,3% superiore a 44 anni, il 15,6% tra 15-24 anni e il 9,4% inferiore a 15 anni.

Questi dati confermano l'elevata efficacia protettiva del vaccino contro l'epatite B, introdotto in Italia prima per alcune categorie a rischio e, nel 1991 (legge 165/91), come vaccinazione obbligatoria per l'età evolutiva, che ha contribuito in maniera determinante alla riduzione dell'incidenza della malattia nella popolazione. L'osservazione di casi di epatite B in vaccinati, soprattutto in età adulta, è verosimilmente correlata alla presenza di *non responder* alla vaccinazione, condizione più frequente in età adulto-avanzata.

Bibliografia

- European Centre for Disease Prevention and Control - ECDC (2013). Annual Epidemiological Report 2012. Reporting on 2010 surveillance data and 2011 epidemic intelligence data. Stockholm.
- Ministero della salute (2011). Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015: http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=1519
- Rota MC, Bella A, Gabutti G, et al. (2007). Ribella seroprofile of the Italian population: an 8-year com-parison. *Epidemiol Infect* 2007;135 (4):555-62
- Sistema epidemiologico integrato dell'epatite virale acuta - SEIEVA (2011). Tassi annuali per tipo di epatite, età, sesso ed area geografica: <http://www.iss.it/binary/seie/cont/Incidenze11.pdf>
- Zuccaro O, Tosti ME, Mele A, Spada E and SEIEVA Collaborative Group (2012). Epidemiology of acute viral hepatitis in Italy: results of the surveillance through SEIEVA (Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta). Roma: Istituto Superiore di Sanità (Rapporti ISTISAN 12/4).

4.5.2 HIV/AIDS

Dario Bartolozzi – AOU Careggi
Monia Puglia – ARS Toscana

AIDS

Con decreto ministeriale 28 novembre 1986, n. 288, la *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS - sindrome da immunodeficienza acquisita) è divenuta, in Italia, una malattia infettiva a notifica obbligatoria. Attualmente, l'AIDS rientra nell'ambito delle patologie infettive di Classe III (decreto ministeriale 15 dicembre 1990), ovvero è sottoposta a notifica speciale mediante la compilazione di un'apposita scheda.

Proprio grazie a sistemi di monitoraggio epidemiologico, è stato possibile osservare negli anni i cambiamenti che si sono avuti nelle caratteristiche di diffusione dello *Human Immunodeficiency Virus* (HIV – virus dell'immunodeficienza umana) e nella sua storia naturale.

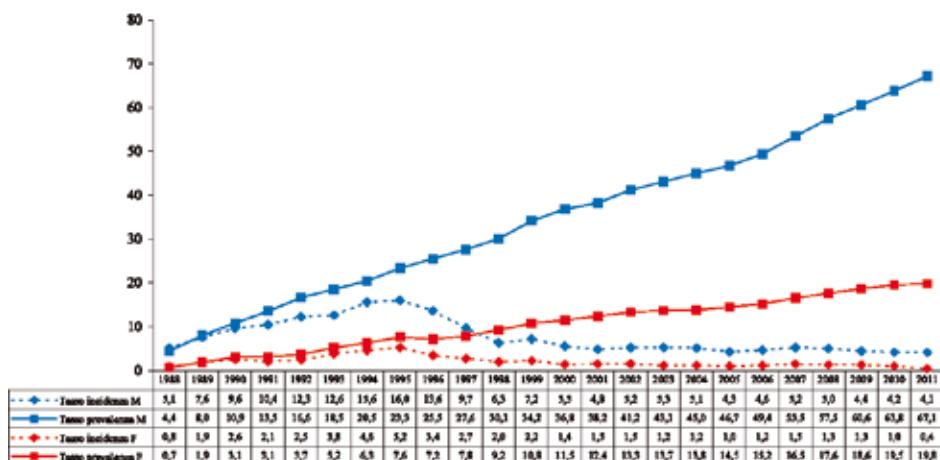
In Toscana, dall'inizio dell'epidemia al 31 dicembre 2011²⁴, sono 4.141 i casi di AIDS relativi a soggetti residenti ovunque diagnosticati, il 21,8% dei quali di genere femminile. I casi pediatrici (età alla diagnosi inferiore a 13 anni) risultano 48: 47 casi registrati prima del 2001, 1 nel 2011. Ci si ammala di AIDS in età sempre più avanzata: l'età mediana alla diagnosi presenta, nel corso degli anni, un aumento progressivo sia per i maschi sia per le femmine sino a raggiungere 45 anni nei primi e 41 nelle seconde, e mantenendosi sempre più bassa per le femmine.

L'andamento dei casi di AIDS in Toscana è analogo a quello nazionale (COA, 2012): dal 1995 si registra una progressiva diminuzione fino a meno di 100 casi l'anno negli ultimi anni. L'incidenza è maggiore tra i maschi: nel 2011 il rapporto maschi/femmine è di 9,5:1. I tassi di incidenza e prevalenza dell'infezione si sono notevolmente modificati e, in questi ultimi anni, si è registrata una stabilizzazione dell'incidenza annua, ma anche un netto aumento della prevalenza (**Figura 4.17**). L'auspicato decremento delle nuove infezioni non si è verificato, in quanto si è registrato un aumento dei casi con trasmissione sessuale rispetto a quelli per uso di droghe endovenose. L'aumento della prevalenza, invece, è un fenomeno facilmente relazionabile alla diffusione di nuove terapie farmacologiche altamente efficaci (*Highly Active Anti-Retroviral Therapy* – HAART – terapia antiretrovirale altamente attiva) e alla disponibilità di accesso alle cure, che hanno avuto come esito un aumento del periodo libero da malattia, un incremento quindi della sopravvivenza, ma soprattutto un miglioramento della qualità di vita.

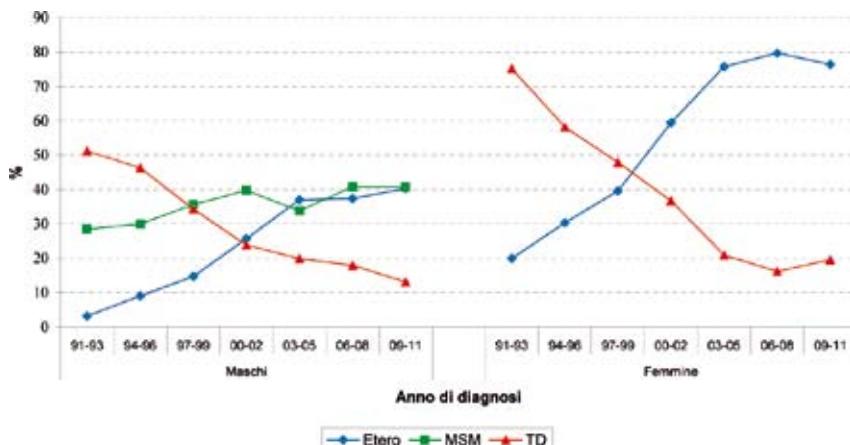
²⁴ Aggiornati al 30/06/2013.

Figura 4.17

Tassi di incidenza e prevalenza (per 100.000 residenti) di AIDS. Casi residenti in Toscana. Anni 1988-2011

**Figura 4.18**

Modalità di infezione del virus per anno di diagnosi e genere. Casi adulti residenti in Toscana - Anni 1991-2011



Tra i casi di AIDS, la modalità di trasmissione del virus HIV ha subito nel corso degli anni un'inversione di tendenza: il maggior numero di infezioni non avviene più, come agli inizi dell'epidemia, per la tossicodipendenza, ma è attribuibile a trasmissione sessuale: eterosessuale nelle femmine (nell'ultimo triennio il 76,5% dei nuovi casi adulti femminili di AIDS è relativo a rapporti eterosessuali), eterosessuale e omosessuale nei maschi (**Figura 4.18**). Se da una parte vi è una chiara presa di coscienza del fenomeno nelle

classi considerate un tempo a rischio (es. omosessuali maschi), grazie anche alla presenza attiva di associazioni impegnate nel settore dell'informazione, dall'altra si evidenzia una scarsa percezione della problematica nella popolazione eterosessuale con conseguente incremento delle infezioni. Questi cambiamenti, pertanto, impongono il superamento del concetto di "categoria a rischio" (es. omosessuali, tossicodipendenti ecc.), mentre è ormai opportuno ragionare in termini di "comportamenti a rischio" rappresentati da rapporti sessuali non protetti, elevato numero di partner, scambio di siringhe usate e così via. È pertanto necessario ripensare ai target degli obiettivi di prevenzione. Sarebbe auspicabile una maggiore informazione, o meglio una vera e propria educazione, a partire dalle scuole, con incontri mirati alla divulgazione del problema ai più giovani.

Ancora oggi la maggior parte della popolazione viene a conoscenza della sieropositività solo al momento della diagnosi di infezioni opportunistiche/tumori che riconducono alla definizione di AIDS. Questo preoccupante ritardo diagnostico, dovuto essenzialmente alla scarsa conoscenza del problema e dei comportamenti a rischio, ha come esito atteso la diffusione, anche inconsapevole, dell'infezione.

La bassa percezione del rischio, inoltre, porta ad un mancato accesso al trattamento della fase pre-AIDS. A differenza di quanto veniva sostenuto in precedenza, studi recenti hanno dimostrato che un inizio precoce della terapia è vantaggioso sia in termini di sopravvivenza che di qualità di vita. Questa indicazione è ben documentata e riportata sia nelle attuali "Linee Guida Italiane" (Ministero Salute, 2012) sia in molte internazionali (WHO, 2013; DHHS, 2013; Williams I et al., 2012) che ormai si orientano, qualora vi siano le possibilità, verso un inizio precoce della terapia antiretrovirale.

Nell'ultimo triennio le due patologie più frequenti sono (**Tabella 4.13**), in ordine, la polmonite da *Pneumocystis jiroveci*²⁵ (26,4%) e la candidosi esofagea (13,9%) con differenze per genere. I maschi si ammalano più frequentemente per polmonite da *Pneumocystis jiroveci* (29,4%) e per sarcoma di Kaposi (13,6%); le femmine per candidosi esofagea (21,2%).

Il 28,6% dei pazienti ha ricevuto un trattamento antiretrovirale prima della diagnosi di AIDS (34,7% delle femmine vs il 27,2% dei maschi): tra questi, il 79,5% ha assunto una combinazione con tre farmaci antiretroviralì.

Il numero di linfociti CD4 nel sangue è leggermente minore nelle pazienti femmine, ad indicare una situazione immunologica più compromessa (**Tabella 4.13**): l'87,8% di queste, infatti, ha un numero di linfociti CD4 inferiore a 200 mmc rispetto all'81,3% riscontrato nei maschi. Inoltre, il 66,0% delle femmine presenta una carica virale superiore a 100.000 copie/ml rispetto al 56,8% dei maschi.

²⁵ Precedentemente chiamata *Pneumocystis carinii*.

Tabella 4.13

Principali patologie indicative^s di AIDS, terapia antiretrovirale, quadro immunologico e virologico per genere - Casi adulti residenti in Toscana - Anni 2009-2011

	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Principali patologie indicative di AIDS						
Polmonite da Pneumocystis Jiroveci	67	29,4	7	13,5	74	26,4
Candidosi Esofagea	28	12,3	11	21,2	39	13,9
Sarcoma di Kaposi	31	13,6	1	1,9	32	11,4
Wasting Sindrome da Hiv	24	10,5	7	13,5	31	11,1
Linfoma Immunoblastico	19	8,3	3	5,8	22	7,9
Toxoplasmosi Cerebrale	12	5,3	6	11,5	18	6,4
M.Tuberculosi Dissem. o Extrapolm.	9	3,9	7	13,5	16	5,7
Cytomegalovirus, Malattia Sistematica	13	5,7	2	3,8	15	5,4
Cryptococcosi Extrapolmonare	12	5,3	1	1,9	13	4,6
Encefalopatia da Hiv	7	3,1	3	5,8	10	3,6
Terapia antiretrovirale						
Sì	61	27,2	17	34,7	78	28,6
No	163	72,8	32	65,3	195	71,4
Linfociti CD4						
<50	105	48,0	21	42,9	126	47,0
50-199	73	33,3	22	44,9	95	35,5
200-349	19	8,7	3	6,1	22	8,2
>350	22	10,1	3	6,1	25	9,3
Carica virale						
<50	13	5,9	4	8,0	17	6,3
50-99999	82	37,3	13	26,0	95	35,2
>=100000	125	56,8	33	66,0	158	58,5

^s Per ogni caso di AIDS possono essere indicate più di una patologia indicativa di AIDS.

Già dai primi anni dell'epidemia è apparso chiaro che la malattia data dal virus HIV era in realtà una sindrome, vale a dire che poteva manifestarsi con quadri clinici multiformi legati alla presenza di patologie opportunistiche indotte dai gravi stati di deficienza immunitaria che caratterizzavano i soggetti malati. Grazie all'introduzione di un trattamento terapeutico altamente efficace, l'incidenza delle infezioni opportunistiche maggiori si è notevolmente ridotta. Confrontando, però, la tipologia delle diverse infezioni opportunistiche e la loro incidenza specifica per genere, non si evidenziano particolari e sostanziali differenze rispetto al passato.

Gli individui colpiti dalle infezioni riportate in **Tabella 4.13** sono quindi persone ignare del loro stato di infezione o soggetti già in trattamento antiretrovirale, ma in

fallimento terapeutico dovuto a cause diverse, qual: presenza di farmacoresistenza, scarsa aderenza alla terapia, patologie concomitanti ecc.

Nonostante vi siano delle differenze tra i due generi, in Italia non si è assistito nel tempo ad una variazione significativa nel rapporto uomo/donna in termini di prevalenza e incidenza. Al contrario, se analizziamo l'epidemiologia di genere nel mondo, l'incremento dei casi di infezione nelle donne è ben evidente.

La maggior parte delle donne infette vive in Paesi in via di sviluppo, dove fattori biologici, sociali e culturali rivestono grande importanza nella trasmissione del virus. E ciò è dovuto ad una maggiore vulnerabilità della donna nei confronti dell'infezione che è ben spiegabile con fattori biologici/anatomici, come la maggior superficie di scambio di liquidi infetti con conseguente maggiore possibilità di infezione. Da non dimenticare, infine, che spesso, in questi paesi, vi è anche a causa di una minore contrattualità della donna all'interno del rapporto di coppia e si registrano spesso possibili violenze nei rapporti sessuali.

Nuove diagnosi da HIV

A partire dal secondo quinquennio degli anni Novanta, l'avvento di nuove terapie antiretrovirali combinate ha modificato la storia naturale e l'epidemiologia dell'infezione da HIV. In particolare, il tasso di letalità è diminuito con conseguente riduzione del numero di persone che sviluppano la condizione di AIDS e aumento della prevalenza della sieropositività. Pertanto, il registro AIDS non rappresenta più una fonte sufficiente per identificare i cambiamenti dell'infezione da HIV. Il monitoraggio delle nuove infezioni da HIV rappresenta il metodo migliore per descrivere le modificazioni in atto nell'epidemia, nonché per fornire gli strumenti necessari a pianificare interventi di prevenzione primaria e secondaria.

Il Ministero della salute, con il decreto ministeriale 31 marzo 2008 (pubblicato nella Gazzetta ufficiale n. 175 del 28/07/08), ha istituito il sistema di sorveglianza nazionale delle nuove diagnosi di infezione da HIV, provvedendo ad aggiungere l'infezione da HIV all'elenco della Classe III delle malattie infettive sottoposte a notifica obbligatoria.

In Regione Toscana il sistema di sorveglianza delle nuove infezioni da HIV è attivo dal 2010²⁶ e prevede la notifica delle nuove diagnosi di HIV a partire dal 2009.

In 3 anni di sorveglianza (2009-2011)²⁷ sono state notificate in Toscana 847 nuove diagnosi di infezione da HIV di cui 773²⁸ (91,3%) relative a cittadini residenti in

²⁶ Delibera di Giunta regionale 31 marzo 2010, n. 473 (*"Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV. Avvio del sistema e affidamento della gestione all'Agenzia regionale di sanità della Toscana"*).

²⁷ Dati aggiornati al 30/06/2013.

²⁸ 1 caso pediatrico.

regione. Considerando anche le notifiche dei residenti toscani avvenute in altre regioni²⁹ (17 casi), il tasso di incidenza è pari a 7,0 casi ogni 100.000 residenti.

Il 21,8% dei casi riguarda il genere femminile (rapporto maschi/femmine pari a 3,58:1), con un tasso di incidenza di 2,9 per 100.000 residenti rispetto all'11,4 per 100.000 dei maschi (**Tabella 4.14**).

Tabella 4.14

Casi con nuova diagnosi di HIV e tasso di incidenza (per 100.000 residenti) per genere - Casi residenti in Toscana - Anni 2009-2011

Anno	Maschi		Femmine		Totale	
	N	Tasso incidenza (x 100.000)	N	Tasso incidenza (x 100.000)	N	Tasso incidenza (x 100.000)
2009	197	11,0	44	2,3	241	6,5
2010	224	12,5	73	3,8	297	8,0
2011	192	10,6	54	2,8	246	6,6
Totale	613	11,4	171	2,9	784	7,0

Le donne scoprono più precocemente degli uomini l'infezione da HIV: la loro età mediana è di 34,9 anni rispetto ai 41,9 anni dei maschi.

Come si verifica per l'AIDS, chiaramente la maggioranza delle infezioni da HIV è attribuibile a contatti sessuali non protetti, che costituiscono l'86,7% di tutte le segnalazioni. I rapporti eterosessuali rappresentano la modalità di trasmissione nettamente più frequente per le donne (89,4%). Negli uomini il contagio è sia omosessuale (*Men who have Sex with Men – MSM* – uomini che fanno sesso con gli uomini) che eterosessuale: 48,1% e 37,8% rispettivamente (**Tabella 4.15**).

Una recente *Consensus Conference* europea (Antinori et al., 2011) ha definito come *Late Presenters* (LP) le persone che al momento della prima diagnosi di sieropositività hanno un numero di CD4<350 cell/ μ L o hanno una patologia indicativa di AIDS indipendentemente dal numero di CD4 e come *Presenters with Advanced HIV Disease* (AHD) le persone che si presentano alla prima diagnosi di sieropositività con un numero di CD4<200 cell/ μ L o con una patologia indicativa di AIDS.

Il 21,2% dei pazienti scopre di essere sieropositive in concomitanza alla diagnosi di AIDS (il 24,7% dei maschi e il 12,7% delle femmine). Gli LP sono il 57,2% e gli AHD il 42,5% con proporzioni più basse nelle femmine (**Tabella 4.15**).

²⁹ Informazione disponibile solo per il 2011.

Tabella 4.15

Modalità di trasmissione del virus e quadro clinico alla diagnosi di sieropositività per genere - Casi adulti residenti in Toscana - Anni 2009-2011

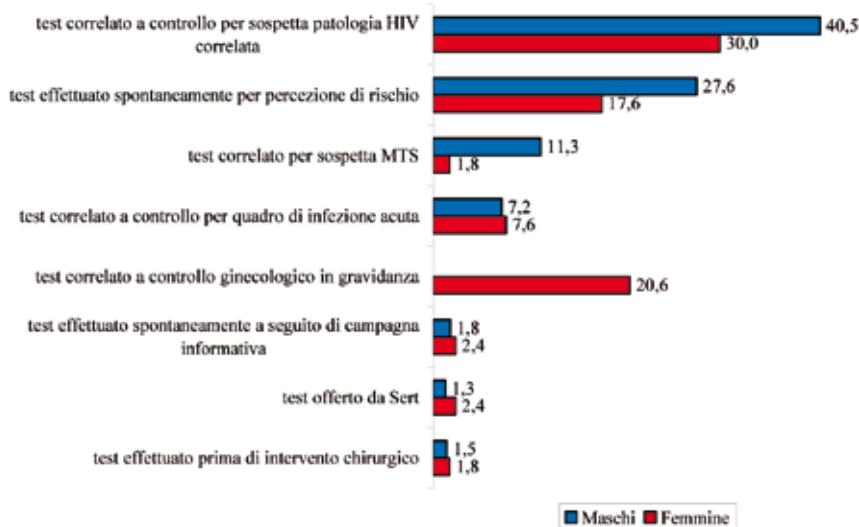
	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Modalita di trasmissione						
Eterosessuale	232	37,8	152	89,4	384	49,0
MSM	295	48,1	0	0,0	295	37,7
IDU	44	7,2	7	4,1	51	6,5
Trasfusioni	2	0,3	1	0,6	3	0,4
Altro	2	0,3	1	0,6	3	0,4
Indeterminato	38	6,2	9	5,3	47	6,0
Caso AIDS						
No	457	75,3	145	87,4	602	77,9
Sì	150	24,7	21	12,7	171	22,1
Late Presenter						
No	250	40,8	85	50,0	335	42,8
Sì	363	59,2	85	50,0	448	57,2
Presenter with Advanced HIV Disease						
No	338	55,1	112	65,9	450	57,5
Sì	275	44,9	58	34,1	333	42,5

Per quanto riguarda il motivo di esecuzione del test (**Figura 4.19**), il 38,2% dei pazienti effettua il test nel momento in cui vi è il sospetto di una patologia HIV correlata e solo il 25,4% lo effettua spontaneamente per percezione di rischio, a dimostrazione che, in questi ultimi anni, si è chiaramente modificato l'atteggiamento della popolazione nei confronti dell'infezione che non viene più ritenuta un vero pericolo. Nelle femmine, oltre a queste due motivazioni, rispettivamente il 30,0% e il 17,6%, si aggiunge una quota importante di donne che ha eseguito il test durante un controllo ginecologico in gravidanza (20,6%).

È però importante notare che la diagnosi nelle donne viene fatta più precocemente rispetto agli uomini, soprattutto nella popolazione immigrata, grazie ad un efficace screening prenatale. Infatti, molte donne si sottopongono al test grazie all'inserimento dello screening per HIV nel libretto regionale per la gravidanza.

Scoprire la sieropositività in gravidanza permette non solo di iniziare la terapia e salvaguardare quindi la salute della gestante, ma consente di prevenire la trasmissione del virus al prodotto del concepimento, come testimoniato dall'abbattimento del tasso di incidenza di infezione neonatale nel nostro Paese. Peraltra, l'efficacia ormai dimostrata della HAART in gravidanza impone che il counselling per HIV rientri nei programmi di tutela della salute della donna e dovrebbe essere proposto da tutti i medici sia di medicina generale che dagli specialisti.

Figura 4.19
Motivo di esecuzione del test HIV per genere (risposta multipla). Casi adulti residenti in Toscana. Anni 2009-2011



Bibliografia

- Antinori A, Coenen T, Costagiola D, et al. Late presentation of HIV infection: a consensus definition. *HIV Medicine* 2011; 12 (1): 61-4.
- COA. Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2011. Volume 25. Numero 10. Supplemento 1 del Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità. 2012.
- DHHS. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1 Infected Adults and Adolescents. DHHS last updated 2/12/2013.
- Ministero Salute. Linee guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1. Luglio 2012.
- WHO. Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection. Recommendations for a public health approach. June 2013.
- Williams I, Churchill D, Anderson J et al. British HIV Association guidelines for the Treatment of HIV-1 positive adults with antiretroviral therapy. *HIV Medicine* (2012),13(suppl.2) 1-85.

4.5.3 Malattie a trasmissione sessuale

Barbara Giomi - Università degli Studi di Firenze, Azienda sanitaria di Firenze

Caterina Silvestri - ARS Toscana

Giuliano Zuccati - Università degli Studi di Firenze, Azienda sanitaria di Firenze

La maggior parte delle infezioni trasmissibili che interessano la salute pubblica di tutte le società è costituita dalle malattie a trasmissione sessuale (MTS), che comprendono oltre 30 tipi di infezione a trasmissione prevalentemente sessuale o di frequente trasmissibili sessualmente. Gli agenti eziologici più frequenti nel mondo occidentale sono:

- Papillomavirus (HPV), responsabile dei condilomi acuminati o verruche genitali, e, per quanto riguarda i sierotipi ad alto rischio oncogeno, del carcinoma della cervice uterina, della vulva, del pene e dell'ano;
- Chlamydia Trachomatis (CT) (sierotipi D-K), responsabile prevalentemente di uretriti e prostatiti nel maschio, di cerviciti e annessiti nella donna, con possibile esito (fino al 20% dei casi) in una malattia infiammatoria pelvica (MIP) e nell'infertilità;
- Trichomonas Vaginalis (TV), causa di vulvovaginiti e talora di uretriti;
- Herpes Simplex Virus (HSV), in particolare il tipo 2, agente dell'herpes genitale ricorrente;
- Neisseria Gonorrhoeae (NG), responsabile della gonorrea o blenorragia;
- HIV, responsabile dell'AIDS;
- Treponema Pallidum, agente eziologico della sifilide;
- Chlamydia Trachomatis (CT) (sierotipi, L₁, L₂, L₃), agente eziologico del linfogranuloma venereo;
- altri agenti, tra cui Ureaplasmi e Mycoplasmi, responsabili di uretriti nei maschi e cerviciti nelle femmine;
- Haemophilus Ducreyi, agente eziologico dell'ulcera venerea (ulcera molle o chancroid).

Complessivamente, nei paesi occidentali, si è osservato negli ultimi 30 anni un aumento netto dell'incidenza delle MTS, che viene posto in relazione con una serie di mutazioni nel costume e negli atteggiamenti culturali rispetto alle abitudini sessuali. Nel febbraio 2013 i Centres for Disease Control and Prevention (CDC 2013) hanno stimato attorno a 20 milioni di nuovi casi per anno l'incidenza delle MTS negli Stati Uniti, e attorno a 110 milioni di casi la prevalenza: i giovani di età compresa tra i 15 e i 24 anni rappresentano circa la metà di questa casistica, composta per oltre il 50% da donne. Infatti, se da un punto di vista clinico lo spettro di quadri patologici offerto dalle MTS è estremamente articolato e differenziato nei due sessi, gli studi epidemiologici, indipendentemente dall'area geografica di provenienza, concordano sull'identificazione di particolari popolazioni definite "a rischio", tra le quali gli adolescenti, gli omosessuali maschi, le minoranze etniche, i migranti, e la popolazione femminile.

Lo scenario epidemiologico italiano delle MTS non è completamente noto a causa della dispersione dei casi in diverse realtà sanitarie del territorio, e in virtù dell'assenza di un sistema di notifica mandatoriale.

L'Istituto superiore di sanità, attraverso una rete “sentinella” di Centri clinici e Laboratori, ha recentemente pubblicato i dati relativi al periodo 1991-2009, segnalando un totale di oltre 140.000 nuovi casi (Salfa MC et al., 2012). Le infezioni più diagnosticate sia tra le donne che tra gli uomini sono state quella da HPV e CT, seguite, nelle donne, dall'infezione da TV e negli uomini dall'infezione da NG.

La prevalenza di infezioni da CT è risultata significativamente più alta tra le donne in trattamento con contraccettivi orali rispetto a quelle che non ne facevano uso, tra le straniere rispetto alle italiane, e tra le donne non in gravidanza rispetto alle gravide. Inoltre, di tutti i soggetti positivi alla CT, più di un terzo (32,7%) non presentava sintomi genito-urinari al momento del prelievo del campione. Sempre in relazione ai dati ISS, la prevalenza dell'infezione da NG è risultata significativamente più elevata tra i soggetti di ambo i sessi con più di un partner sessuale negli ultimi sei mesi, e tra i soggetti testati nel Nord dell'Italia, rispetto ai soggetti testati nel Centro-Sud. Inoltre, tra gli uomini, la prevalenza di NG appariva significativamente più alta tra quelli con sintomi genito-urinari al momento del prelievo del campione, rispetto agli asintomatici.

Anche nella nostra regione, le crescenti esigenze di prevenzione e controllo in tema di MTS fanno apparire il modello di sorveglianza epidemiologica sempre meno adeguato a una descrizione accurata dei fenomeni infettivi e alla pianificazione degli interventi di controllo.

Per questi motivi, la Regione Toscana (Settore Servizi di prevenzione in sanità pubblica e veterinaria), in collaborazione con l'Agenzia regionale di sanità della Toscana (ARS Toscana) e il Centro MTS della Clinica dermatologica di Firenze, sta partecipando a una serie di rilevazioni atte a valutare la fattibilità di un sistema di monitoraggio epidemiologico regionale.

Il primo obiettivo, ormai completato, è stato la valutazione retrospettiva delle cartelle cliniche dei soggetti con MTS afferenti ai servizi pubblici di Dermatologia e Venereologia e di Malattie infettive della Toscana per l'anno 2011, con raccolta dei dati da parte di personale medico, allo scopo di costruire un archivio informatizzato della casistica. Dai Centri clinici che hanno partecipato allo studio (UO Centro MTS, Clinica dermatologica dell'Università degli Studi di Firenze; UO Malattie infettive, Azienda sanitaria di Firenze; UO Dermatologia, ASL 2 Lucca; UO Dermatologia, Clinica dermatologica dell'Università degli Studi di Siena) sono stati raccolti 1.563 nuovi casi di MTS diagnosticate nell'anno 2011.

La popolazione si componeva di 549 donne e 1.014 uomini (35,1% vs 64,9%) per lo più appartenenti alla classe di età 21-40 anni (60,7% femmine, 57,7% maschi). La provenienza geografica del campione faceva emergere come la proporzione di stranieri afferenti ai Centri MTS superi la quota presente nella popolazione generale: nel nostro

studio gli stranieri sono risultati in totale il 15,3%, mentre secondo i dati ISTAT al 31 dicembre 2011 la popolazione non italiana residente in Toscana era del 9,9% (ISTAT). Scendendo nei dettagli, le donne straniere erano più rappresentate degli uomini stranieri nella nostra casistica (20,2% vs 12,9%), permettendo così di ipotizzare una prima differenza di genere negli affetti da MTS: è verosimile supporre, infatti, che le donne straniere siano più attente dei loro partner alla propria salute sessuale, abbiano minor pudore a riferire una patologia sessualmente trasmessa o, più probabilmente, includano una maggior quota di ammalate, appartenenti a categorie emarginate e particolarmente a rischio, quale quella delle prostitute di strada (Trani F et al., 2006). Sia tra i maschi che tra le femmine lo stato civile è risultato libero per oltre i 2/3 del campione, lasciando supporre che la mancanza di un partner legale si rifletta in una vita sessuale più instabile e, conseguentemente, in un maggior rischio di contrarre una MTS. Complessivamente, le donne sembravano appartenere a una fascia di popolazione più istruita, dal momento che il 60,7% di esse dichiarava di possedere un diploma di scuola superiore o una laurea, contro il 49,6% dei maschi.

Un'ulteriore importante differenza tra i due sessi è emersa confrontando l'orientamento sessuale: nell'insieme, il 23,7% è risultato essere omosessuale o bisessuale; tuttavia, tra i maschi, la prevalenza era del 34,6% contro appena l'1% delle femmine. La popolazione dei *men who have sex with men* (MSM), come sottolineato in precedenza e come confermato da molti studi internazionali (Pathela P et al., 2011; Elford J et al., 2009), è una di quelle a maggior rischio di contrarre una MTS, per via dell'aumento dei comportamenti sessuali pericolosi (rapporti anali, partner occasionali, elevato numero di partner...). Viceversa, le donne omosessuali, adottando pratiche sessuali non penetrative, sono sottoposte a un rischio molto minore (Marrazzo JM et al., 2005), come confermato dalla loro virtuale assenza nella nostra popolazione di ammalati.

Particolarmente sconcertante è, nei due generi, il dato sull'utilizzo del profilattico, che rappresenta la via primaria di prevenzione delle MTS: solo l'1,2% dei maschi e nessuna delle donne ne riferiva un utilizzo costante, e il dato non mutava neppure in pazienti con anamnesi positiva per MTS pregresse (M: 2,6%; F: 0%).

In merito alle patologie diagnosticate in Toscana nel 2011 (**Tabella 4.16**), lo studio ARS conferma il dato italiano dell'ISS, riscontrando il ruolo predominante delle infezioni da HPV, che ammontano a 647 nuovi casi (41,4% delle diagnosi) senza differenze statisticamente significative tra i 2 sessi (M: 43,7% vs F: 37,2%). Ai condilomi genitali fanno seguito, in ordine di frequenza, le infezioni non gonococciche dell'apparato genitale (prevalentemente da CT), responsabili di uretrite (11,8% delle patologie nel maschio), ma ancor più di cerviciti (14% delle diagnosi nella donna) ($p<0,001$).

Seguono poi, con incidenza paritaria nei 2 sessi, herpes genitale (7,7%) e mollusco contagioso (7,2%); quindi sifilide (6,1%) e gonorrea (2,6%) che risultano più diagnosticate nel sesso maschile, e in particolare nel gruppo MSM.

Per quanto il dato non fosse presente in tutte le cartelle, l'analisi ha messo infine in evidenza che il 28,3% delle donne ed il 32,9% degli uomini (nell'insieme il 31,4% dei

soggetti con diagnosi di MTS nel 2011) avevano già avuto in precedenza una o più MTS, e che nei due sessi esiste una forte tendenza alla recidiva o alla infezione da parte del medesimo patogeno (**Tabella 4.17**).

Tabella 4.16

Malattie a trasmissione sessuale in Toscana nel 2011: diagnosi incidenti nei due generi e comparazione statistica

Patologia	Maschi		Femmine		Totale		Chi-quadrato
	N	%	N	%	N	%	
Sifilide	83	8,2	13	2,4	96	6,1	<0,001
Gonorrea	37	3,6	4	0,7	41	2,6	<0,001
Uretriti/Cerviciti non gonococciche	120	11,8	99	18	219	14	<0,001
Herpes Genitale	69	6,8	51	9,3	120	7,7	0,078
Mollusco Contagioso	68	6,7	45	8,2	113	7,2	0,306
Epatite B	10	1	5	0,9	15	1	0,884
Epatite A	1	0,1	2	0,4	3	0,2	0,252
Infezioni da HPV	443	43,7	204	37,2	647	41,4	0,012
HIV/AIDS	53	5,2	16	2,9	69	4,4	0,034
Epatite C	16	1,6	12	2,2	28	1,8	0,387
Altro	24	2,4	6	1,1	30	1,9	0,080

Tabella 4.17

Rilievo anamnestico di almeno una malattia a trasmissione sessuale pregressa nella casistica in esame ed analisi per genere

MTS pregressa	Maschi		Femmine		Totale		Chi-quadrato
	N	%	N	%	N	%	
Sifilide	55	23,5	4	4,1	59	17,8	<0,001
Gonorrea	24	10,3	4	4,1	28	8,5	0,068
Uretriti/Cerviciti non gonococciche	32	13,7	17	17,5	49	14,8	0,369
Herpes Genitale	13	5,6	11	11,3	24	7,3	0,065
Mollusco Contagioso	11	4,7	4	4,1	15	4,5	0,818
Epatite B	14	6,0	0	0	14	4,2	0,014
Epatite A	4	1,7	0	0	4	1,2	0,195
Infezioni da HPV	108	46,2	56	57,7	164	49,5	0,055
HIV/AIDS	51	21,8	4	4,1	55	16,6	<0,001
Epatite C	6	3,1	2	2,5	8	2,9	0,813
Altro	7	3,0	0	0	7	2,1	0,085

In conclusione, la popolazione toscana affetta da MTS risulta composta da giovani adulti, prevalentemente di sesso maschile, single, con un buon livello d'istruzione, che mettono in atto comportamenti sessuali a rischio e non usano il profilattico. Nella popolazione eterosessuale, le malattie più rappresentate sono i condilomi acuminati, le cerviciti/uretriti da Chlamydia Trachomatis e l'herpes genitale. Nei maschi omosessuali, invece, le infezioni più comuni sono quelle da HPV e la sifilide. Nella nostra casistica, la maggior parte dei casi di HIV si rileva nei maschi omosessuali.

Disponendo soltanto dei casi provenienti dai Centri MTS (UO di Dermatologia e UO di Malattie infettive), possiamo supporre che i casi osservati nel genere femminile rappresentino una sottostima del reale, data la maggior consuetudine, da parte delle donne, a rivolgersi a consultori o ginecologi privati.

Bibliografia

- CDC (2013). Estimates of Sexually Transmitted Infection in the United States, 2008. Sexually Transmitted Diseases Surveillance Reports, 2013.
- Elford J, Jeannin A, Spencer B et al. (2009), HIV and STI behavioural surveillance among men who have sex with men in Europe. Euro Surveill; 14 (47):19414.
- ISTAT (Internet), Demo-Geodemo. Mappe, popolazione, statistiche demografiche dell'ISTAT .
- Disponibile all'URL: <http://demo.istat.it/index.html>.
- Marrazzo JM, Coffey P, Bingham A. (2005) Sexual practices, risk perception and knowledge of sexually transmitted disease risk among lesbian and bisexual women. Perspect Sex Repro Health; 37 (1):6-12.
- Pathela P, Braunstein SI, Schillinger JA et al. (2011), Men who have sex with men have a 140-fold higher risk for newly diagnosed HIV and syphilis compared with heterosexual men in New York City. J Acquir Immune Defic Syndr 1; 58 (4):408-416.
- Salfa MC, Regine V, Ferri M et al. (2012) La sorveglianza delle malattie sessualmente trasmesse basata su una rete di centri clinici: 18 anni di attività. Not Ist Super Sanità; 25 (2):3-10.
- Salfa MC, Regine V, Ferri M et al. (2012) La sorveglianza delle malattie sessualmente trasmesse basata su una rete di laboratori: 39 mesi di attività. Not Ist Super Sanità; 25 (10):7-11.
- Trani F, Altomare C, Nobile CG, Angelillo IF. (2006) Female street sex workers and sexually transmitted infections: their knowledge and behaviour in Italy. J Infect; 52 (4):269-275.

4.6 Salute mentale

4.6.1 Epidemiologia dei disturbi mentali

Caterina Silvestri, Stefano Bravi - ARS Toscana

Il disturbo mentale costituisce il 13% del carico globale di malattia, di cui il 4,3% rappresentato dal solo disturbo depressivo unipolare. Secondo le previsioni attuali, la depressione diventerà la principale causa del carico globale di malattia entro il 2030 (WHO, 2012).

I dati sono preoccupanti anche se prendiamo in esame le sole regioni europee dove i problemi di salute mentale rappresentano quasi il 20% del totale delle malattie e colpiscono addirittura una persona su quattro nell'arco della propria vita.

L'Italia non fa certo eccezione. Secondo lo studio Passi 2008-2011, il 6,8% (IC 95%: 6,7-7,1) della popolazione 18-64enne dichiara di aver avuto sintomi depressivi nel corso delle ultime due settimane con una differenza di genere che vede le donne come le persone maggiormente affette da questo disturbo (5% vs. 9%). La Toscana è in linea con la media nazionale con il 6,9% (IC 95%: 6,5-7,4) dei residenti che riferiscono un umore depresso nel corso delle ultime due settimane (PASSI, 2008).

Ospedalizzazione

Nel 2012, in Toscana, risultano ricoverate con diagnosi psichiatrica 8.573 persone di cui 4.265 uomini e 4.308 donne con un'età media di 42,8 (uomini 39,0 e donne 46,6). Sul totale dei ricoveri toscani (che nel 2012 sono stati 514.839), quelli per disturbo psichico rappresentano il 2,3% (2,5% negli uomini e 2,2% nelle donne) con una reiterazione annua che non presenta differenze di genere (1,4 ricoveri annui).

Complessivamente, il trattamento ospedaliero mostra, nel corso degli anni, un trend in diminuzione con un tasso standard, nel 2012, di 3,3 ricoveri ogni 1.000 residenti, senza alcuna differenza di genere.

Questo dato risente, sicuramente, dell'introduzione di cure farmacologiche sempre più avanzate che riducono il ricorso al trattamento ospedaliero, ma presuppone anche l'aumento del ricorso ai servizi territoriali mostrando un'evoluzione e un continuo sviluppo nella cura del disagio psichico.

L'età media degli utenti adulti assistiti in ambito ospedaliero è di circa 60,3 anni (maschi: 63,0 e femmine: 58,2) mentre, per i minori, l'età è di 6,2 anni (maschi: 6,3 e femmine: 6,2).

Il disturbo bipolare (psicosi maniaco-depressiva) continua ad essere la principale patologia per cui gli adulti ricorrono alle cure ospedaliere in entrambi i generi con una prevalenza, per l'anno 2012, del 25,7% (maschi 22,8; femmine 28,4). All'aumentare del disturbo bipolare si contrappone la forte diminuzione delle sindromi depressive e dei disturbi d'ansia che rappresentano, rispettivamente, l'11,9% (8,4% nei maschi

e il 15,3 nelle femmine) e il 12,7% (12,2 per i maschi e 13,1 per le femmine). Nei minori, il ritardo mentale risulta la principale causa di ricovero (23,4% sul totale dei ricoveri in questa fascia di età) seguito dal ritardo nello sviluppo (17,2%). In entrambi i raggruppamenti diagnostici, i maschi rappresentano la percentuale maggiore (66,1% nel ritardo mentale e 58,0% in quello dello sviluppo).

Utenti ed uso dei servizi

Nel 2011³⁰, circa l'1,6% della popolazione adulta toscana ha avuto almeno un accesso ai servizi territoriali per la salute mentale. Un dato, questo, che deve essere letto tenendo presente che un numero molto elevato di persone che soffre di un certo tipo di patologia (vedi disturbo d'ansia o dell'umore) sfugge ai servizi territoriali specialistici rivolgendosi a professionisti privati oppure ai medici di medicina generale. Il dato, pertanto, è da considerarsi sottostimato.

Le persone in carico presso i servizi territoriali sono 77.922 di cui 25.038 minorenni. Nello stesso periodo di osservazione (2011), i casi incidenti (nuovi utenti con almeno 1 prestazione nel corso dell'anno) sono stati 26.135 (33,5%).

Considerando l'utilizzo dei servizi territoriali per genere, si notano differenze tra i sessi e per età.

Fra gli adulti il genere più rappresentato è quello femminile (57,7% dei prevalenti) mentre il dato si inverte se prendiamo in esame i minori dove i maschi rappresentano il 63,1%.

La differenza riscontrata è chiaramente da attribuire alle forme patologiche che interessano i due generi in fasce di età diverse.

Per quanto riguarda gli adulti, gli utenti che fanno ricorso ai servizi territoriali soffrono prevalentemente di disturbi affettivi (categoria composta dalle forme depressive e maniacali, dal disturbo bipolare, la distimia, la ciclotimia ecc.) e da disturbi d'ansia e somatoformi (disturbo di panico, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbi della personalità, ecc.) patologie, queste, che interessano maggiormente il genere femminile. La fascia di età più interessata da queste patologie, in entrambi i generi, è 42 anni.

Nei minori, invece, la categoria prevalente è "Altre condizioni mentali" (in cui si ritrovano i disturbi dell'apprendimento, le reazioni da adattamento, l'anoressia e bulimia nervosa, ecc.), seguita dai disturbi dell'età pre-adulta (disturbi della condotta, iperattività, ecc.), dai disturbi schizofrenici e dai disturbi d'ansia e somatoformi (**Tabella 4.18**).

³⁰ Ad aggi il dato 2012 non è disponibile a causa del passaggio del flusso SALM da statico a dinamico.

Tabella 4.18

Distribuzione percentuale dei principali gruppi diagnostici da cui risultano affetti gli utenti che accedono ai Servizi territoriali³¹ – Anno 2011

Utenti in carico presso i Servizi territoriali di salute mentale	Maschi	Femmine
Utenti in carico Adulti (N=52.884)	42,3	57,7
Nuovi utenti Adulti* (N=16.896)	41,9	58,1
Diagnosi principali		
Disturbi affettivi (N=5.846)	16,7	22,8
Ansia e somatoformi (N=3.423)	11,8	11,8
Schizofrenia e disturbi correlati (2.507)	11,7	6,3
Altre condizioni mentali (N=1.563)	4,3	6,2
Altre psicosi (N=792)	3,2	2,4
Ritardo mentale (N=576)	2,7	1,5
Utenti in carico Minori (N= 25.038)	63,1	36,9
Nuovi utenti Minori* (N= 9.239)	61,1	38,9
Diagnosi principali		
Altre condizioni mentali (N=3.855)	24,4	24,5
Disturbi dell'età pre-adulta (N=837)	6,2	3,7
Schizofrenia e disturbi correlati (N=460)	3,7	1,5
Ansia e disturbi somatoformi (N=445)	2,3	3,7

* pazienti per i quali è stata registrata almeno una prestazione nell'anno

Depressione ed uso di farmaci psichiatrici

In Italia, nel corso degli ultimi anni, si è assistito ad un costante aumento nell'uso di farmaci antidepressivi (AD) (Trifirò G, et al., 2007), passando da 19,9 DDD³²/1.000 abitanti die del 2002 a 36,1 DDD/1.000 abitanti die registrato nel 2011.

Tale aumento, nonostante sia attribuibile al loro utilizzo anche in nuove condizioni cliniche (es. disturbi d'ansa, attacchi di panico, ecc.), è da riferirsi al disturbo depressivo che rimane la principale motivazione d'uso di tali farmaci.

La panoramica nazionale, oltre ad evidenziare le regioni del Centro-Nord (compresa la Sardegna) come le maggiori utilizzatrici, mette in evidenza l'elevato consumo riscontrato in Toscana dove, nel 2011, veniva registrato un valore di 55,9 DDD/1.000 ab/die (la regione con il valore più basso risulta la Campania con 27,8 DDD/1.000 ab/die) (OsMed, 2012).

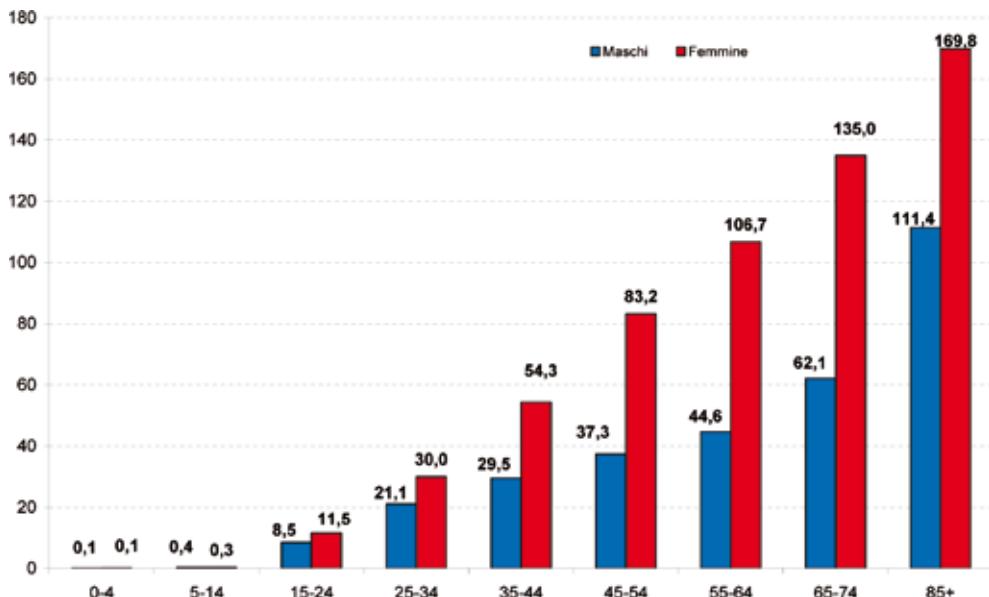
L'elevato utilizzo nella nostra regione è confermato anche attraverso i dati estratti dal Flusso regionale delle prescrizioni farmaceutiche (SPF) erogate dal Sistema sanitario nazionale (SSN), dove si registra, per l'anno 2012, una prescrizione in termini di DDD/1.000 ab/die doppia rispetto a quanto registrato nel 2001 (28,6 vs. 58,3).

³¹ NB: l'indicatore è il rapporto tra il numero di pazienti presi in carico, che nell'anno hanno avuto almeno una diagnosi che rientra nel raggruppamento in analisi, ed il numero di presi in carico.

³² Defined Daily Doses – DDD (Dosi definite giornaliere).

Il maggior interessamento del genere femminile in alcuni disturbi, come il disturbo dell'umore o il disturbo d'ansia, rende di facile interpretazione il dato che identifica le donne come le maggiori utilizzatrici di AD (35,7 DDD/1.000 ab/die nei maschi *vs.* 79,2 DDD/1.000 ab/die nelle donne) con una differenza donne/uomini che si accentua dai 45aa in poi (**Figura 4.20**).

Figura 4.20
Prescrizione di antidepressivi espressa in DDD/1.000 abitanti/die per genere – anno 2012



L'altra categoria farmacologica utilizzata nei disturbi mentali è quella degli antipsicotici (AP) comunemente prescritti nel trattamento di disturbi psicotici acuti o in malattie psichiatriche associate con altre patologie come, ad esempio, l'abuso di alcol o droghe, il disturbo depressivo e la demenza (Kiraly B, et al. 2008).

In Toscana, nel corso dell'ultimo anno, stiamo assistendo ad un lieve incremento nella prescrizione degli antipsicotici passando da 2,4 DDD/1.000 ab/die registrato nel 2003 a 3,02 DDD/1.000 ab/die del 2012.

In questo caso non si rilevano differenze di genere.

Suicidi

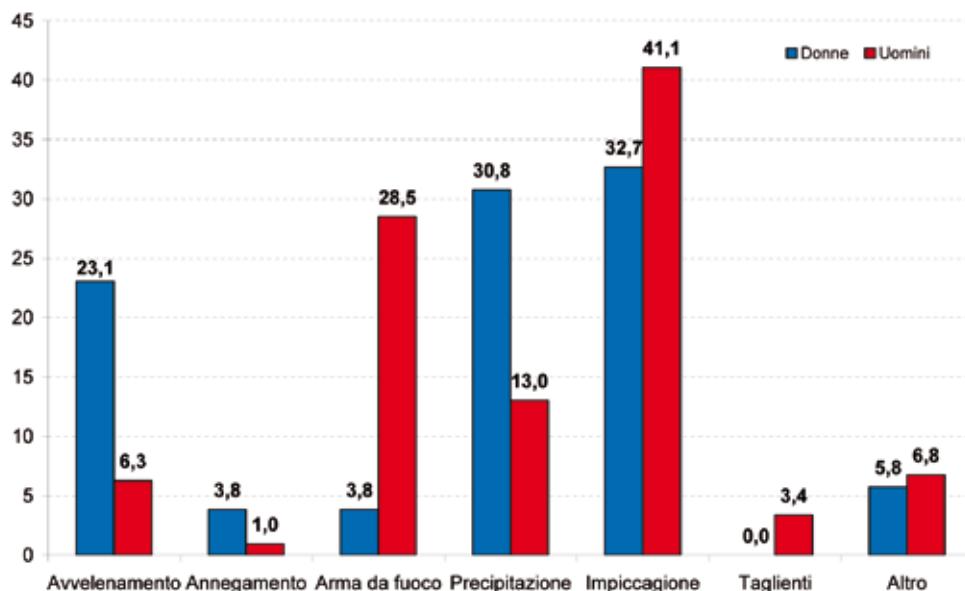
Nonostante le cronache recenti abbiano attirato l'attenzione sul fenomeno suicidario, mostrandone un crescente aumento a seguito dell'attuale crisi economica, i dati attualmente a disposizione non sono in grado di fornire risposte certe presentando, ancora oggi, un fenomeno tendenzialmente stabile anche in paesi, come la Grecia, duramente colpiti dalla crisi.

Anche l'Italia, con una mortalità per suicidio pari a 6,7 per 100.000 abitanti (2009), è tra i paesi europei con i livelli più bassi e mostra, dal 1993 ad oggi, un trend negativo (Istat, 2012). Il dato toscano è in linea con quello nazionale con un tasso di 6,9 decessi*100mila abitanti registrato nel 2010 (N=259) e un trend dall'andamento disomogeneo soprattutto nel genere maschile che passa dal valore di 13,5*100mila abitanti nel 2009 a 11,5*100mila del 2010. Nel genere femminile l'oscillazione è più lieve passando da un tasso grezzo di 3,3*100mila a 2,8 *100mila abitanti.

La marcata differenza di genere è da attribuirsi, in modo particolare, alla diversa modalità di messa in atto con l'utilizzo, da parte delle donne anche di mezzi meno cruenti come, ad esempio, l'avvelenamento che rappresenta il 23,1% delle modalità utilizzate vs. il 6,3% degli uomini. Quest'ultimi, al contrario, usano in misura più marcata le armi da fuoco (**Figura 4.21**).

L'età maggiormente interessata continua ad essere, in entrambi i generi, quella over 60.

Figura 4.21
Distribuzione percentuale delle modalità di suicidio secondo la classificazione ICDX, per genere - Toscana, anno 2010



Bibliografia

- Progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia - PASSI (2010). Salute e stili di vita in Toscana nel 2008: http://www.epicentro.iss.it/passi/pdf2010/Passi_Toscana08_breve.pdf
- Gruppo di lavoro OsMed (2012). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2011. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Istat (2012). I suicidi in Italia: tendenze e confronti, come usare le statistiche.
- Trifiro G, Barbui C, Spina E, et al. (2007). Antidepressant drugs: prevalence, incidence and indication or fuse in general practice of Southern Italy during the years 2003-2004. *Pharmacopsychiatry*; 16:552-9.
- Kiraly B, Gunning K, Leiser J (2008). Primary care issues in patients with mental illness. *Am Fam Physician*; 78: 355-362.
- WHO (2012). Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level. Sixty-fifth world health assembly a65/10.

4.6.2 I disturbi del comportamento alimentare

Mario Di Fiorino - Azienda USL 12 di Viareggio

Luca Maggi, Linda Pannocchia - Comunità DCA Villamare. Lido di Camaiore

Alessandro Del Debbio - Azienda USL 12 di Viareggio

I disturbi del comportamento alimentare: una breve introduzione

Nei disturbi del comportamento alimentare (DCA) è centrale il rapporto problematico con il cibo. I DCA si caratterizzano per le persistenti azioni finalizzate al controllo del peso e della forma del corpo, associate ad una eccessiva valutazione dell'alimentazione, del peso, dell'immagine corporea e alla preoccupazione per il loro controllo. Questi comportamenti determinano un condizionamento abnorme sul piano emotivo e possono essere dannosi per la salute fisica del soggetto, finendo per comprometterne il funzionamento psicosociale. I DCA, secondo il *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders – 5th Edition* (DSM-V - Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – V edizione), si possono raggruppare nelle tre tipologie principali:

- anoressia nervosa (AN);
- bulimia nervosa (BN);
- *Eating Disorders Not Otherwise Specified* (EDNOS – disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati), il più conosciuto dei quali è il *Binge Eating Disorder* (BED - disturbo da alimentazione incontrollata).

L'anoressia nervosa (AN) è un condizione clinica caratterizzata dal rifiuto di mangiare una quantità di cibo sufficiente a mantenere un peso normale e salutare. Chi ne soffre ha un'alterata percezione del proprio corpo, si vede grasso ed è terrorizzato dall'idea di poter riacquistare peso, anche quando è in evidente sottopeso. Per mantenere un peso corporeo così basso, chi soffre di AN diminuisce la quantità di cibo che mangia e si nutre solo di alcuni alimenti (principalmente alimenti a basso contenuto di calorie) eliminandone altri e arrivando spesso a consumare solo piccole porzioni di cibi considerati "sicuri". Gli anoressici possono anche tentare di prevenire l'aumento di peso tramite condotte eliminate, vomito autoindotto, uso improprio di diuretici o lassativi) e/o facendo un esercizio motorio eccessivo.

La bulimia nervosa (BN) è un disturbo caratterizzato da frequenti abbuffate (ovvero il mangiare una grande quantità di cibo in breve tempo), cui seguono tentativi inappropriati per evitare l'aumento di peso e compensare ciò che è accaduto. Chi ne soffre tenta di eliminare il cibo ingerito (ad esempio vomitando o assumendo dei lassativi), di bruciare le calorie assunte (facendo un esercizio fisico eccessivo) o di evitare di mangiare per un certo periodo di tempo (saltare i pasti, seguire una dieta molto restrittiva).

Sono frequenti i disturbi dell'alimentazione "atipici", caratterizzati da crisi iperfagiche e dall'assenza di abituali condotte di eliminazione o comportamenti compensatori, con conseguente sovrappeso.

Secondo una recente indagine del Ministero della salute (2012), ben 3 milioni di italiani sono affetti da un DCA. Ogni anno 500.000 donne si ammalano, con maggior frequenza nella fascia di età compresa tra i 12 e i 30 anni. Tali patologie si associano a gravi complicanze mediche e, tra i disturbi psichiatrici, sono quelli con più elevati indici di mortalità: fino al 19% dei pazienti muore nei vent'anni successivi alla diagnosi.

I dati epidemiologici italiani sono in linea con quelli europei e dei paesi industrializzati, con valori di prevalenza di 0,2-0,8 per l'AN, 1-5% per la BN e 7%, complessivamente, per le restanti forme (EDNOS). I DCA sono più frequenti nel sesso femminile. Negli studi condotti su popolazioni cliniche, gli uomini rappresentano il 5-10% dei casi di AN, il 10-15% dei casi di BN e il 30-40% dei casi di BED.

La Regione Toscana da anni lavora alla creazione di una rete integrata di servizi, alla definizione di standard di cura e alla costruzione e aggiornamento della mappa dei servizi. In particolare è stata realizzata nel territorio una rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei DCA: essa prevede successivi e crescenti livelli di intervento che vanno dal livello ambulatoriale, al day-hospital e, infine, al ricovero medico e specializzato.

Nell'ambito del progetto di ricerca "Monitoraggio dell'attuazione della rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei DCA nella Regione Toscana", condotto negli anni 2006-2012 dalla Neuropsichiatria infantile dell'Università di Firenze, in collaborazione con la Regione Toscana, al quale hanno partecipato 22 Servizi, sono state ottenute informazioni standardizzate sull'epidemiologia, sul percorso clinico-assistenziale dei pazienti, sull'andamento longitudinale dei disturbi, sul livello di adeguatezza ed efficacia

dei trattamenti e sull'*outcome* clinico. Per la raccolta dei dati sono stati utilizzati due strumenti:

- Schede di dimissione ospedaliera (SDO);
- Scheda informatizzata per i DCA.

Nel 2011 i dati SDO dei ricoveri con prima diagnosi di DCA mostrano un incremento del 17,4% rispetto all'anno precedente e del 37,8% rispetto al 2005. Riguardo alle singole diagnosi si rileva un aumento dei ricoveri per AN e BN nel 2011; tuttavia, l'andamento complessivo degli anni dal 2005 al 2011 testimonia oscillazioni all'interno dello stesso *range* per AN ed EDNOS, mentre vi è una complessiva diminuzione nel lungo periodo dei ricoveri per BN. È da osservare con attenzione l'aumento dei ricoveri per disturbi alimentari nella prima infanzia (68,7% fra il 2005 e il 2011).

I dati SDO aggiornati al 2012 sono riportati nelle **Tabelle 4.19 e 4.20**. Rispetto al 2011 si rileva un lieve aumento del numero dei ricoveri per AN e una leggera diminuzione dei ricoveri per BN.

La scheda informatizzata per i DCA ha permesso di estendere l'indagine ai pazienti seguiti nel percorso di cura extra-ospedaliero. Si osserva che il livello di presa in carico è ambulatoriale nel 54% dei casi, in day-hospital nel 21%, in regime di ricovero nel 14% e riabilitativo nell'11%. Incoraggianti sono i dati relativi alla presa in carico integrata interdisciplinare (psicologica, medica e nutrizionale) che appare ormai ben consolidata per tutti i Servizi (98% dei pazienti). Sono stati osservati l'alto tasso di pazienti resistenti al trattamento, che presentano disturbi di durata superiore ai 5 e 10 anni e il significativo tempo intercorso fra l'esordio del disturbo e la diagnosi: per l'AN si ha una prevalenza di diagnosi entro un anno dall'esordio, mentre per la BN e gli EDNOS vi sono tempi prolungati tra esordio e presa in carico. I dati sui percorsi di cura e sull'*outcome* clinico non sono ancora disponibili, vista la recente introduzione dello strumento rispetto alla durata media dei disturbi.

Complessivamente, le informazioni rilevate sono di conforto rispetto all'attuazione delle linee di indirizzo regionali nei centri specialistici per i DCA che prendono parte al progetto, soprattutto per la presa in carico interdisciplinare integrata. Il riscontro dell'elevata durata media dei disturbi impone un ulteriore sforzo nel lavoro di rete e nell'integrazione degli interventi (Dirindelli P et al, 2012).

La rete dei Servizi della Regione Toscana è stata completata dall'apertura a Lido di Camaiore (LU) della struttura comunitaria residenziale Villamare³³ nel giugno 2012.

³³ Nel passato gli inserimenti avvenivano in strutture residenziali fuori regione o in maniera impropria in case di cura (in quest'ultimo caso con il rischio della riproposizione di ricoveri inefficaci e dispendio di risorse).

La Comunità residenziale terapeutico-riabilitativa della Toscana Villamare

Villamare offre la possibilità di effettuare un percorso terapeutico residenziale per dieci ospiti (giovani adulti, preferibilmente di età compresa tra i 16 e i 40 anni). L'impostazione di Villamare è “aperta”: gli ospiti, in condizioni mediche stabili, possono avere permessi di uscita e ricevere visite di parenti e amici in vari momenti della giornata, fatta naturalmente eccezione per le ore dei pasti e delle attività terapeutiche.

La psicoterapia comportamentale eclettica, sviluppata da Johan Vanderlinden con l'approccio comunitario al St. Jozeph di Kortenberg (Belgio) (Vanderlinden J, 2001), è aperta al contributo dell'impostazione cognitivo-comportamentale, in particolare della *Cognitive Behavior Therapy, Enhanced* (CBT-E – terapia cognitivo-comportamentale transdiagnostica) di Christopher Fairburn (Fairburn C, 2008) ed opportunamente integrata con l'intervento farmacologico.

Gli ospiti di Villamare sperimentano dunque un'esperienza di *full immersion* che punta al recupero del funzionamento globale del paziente (psicologico, fisico, sociale e lavorativo).

Il percorso prevede incontri di psicoterapia di gruppo e individuali, visite psichiatriche individuali, gruppi di psicoeducazione, sedute con il fisioterapista, attività autogestite e ludico-rivcreative. La gestione dell'alimentazione è parte integrante del trattamento. Nella prima fase viene proposta l'alimentazione assistita (tre pasti principali - colazione, pranzo e cena - e due spuntini - metà mattina e metà pomeriggio) con l'obiettivo di affrontare la restrizione calorica e, nel caso di pazienti in sottopeso, di recuperare il peso. Nella seconda e terza fase, l'alimentazione non assistita ha come obiettivo il mantenimento del peso raggiunto. Oltre agli aspetti più prettamente terapeutici, l'ospite è chiamato a sperimentare le proprie capacità di gestione della quotidianità, della cura di sé, di risoluzione dei problemi e organizzazione del tempo libero.

Un primo bilancio a un anno dall'apertura

A un anno dall'apertura sono state effettuate 47 visite-parere, delle quali solamente 2 a soggetti di sesso maschile, di età compresa fra i 16 e i 40 anni. Delle 17 persone inserite a Villamare, tutte di sesso femminile, 14 provengono dalla Toscana e 3 sono state inviate da ASL di altre regioni. Nello specifico, 14 sono state autorizzate al ricovero ordinario dalla ASL di appartenenza, 2 sono state ammesse in regime di day-hospital e 1 ha provveduto al ricovero privatamente. Dei restanti 30 pazienti, 4 non soddisfacevano i criteri d'inclusione per il ricovero, 4 hanno rifiutato la degenza e i rimanenti sono in attesa di autorizzazione amministrativa o non sono riusciti ad ottenerla.

La diagnosi all'ingresso è stata di AN per 10 soggetti, BN per 5 soggetti e BED per 2. Vi sono stati 3 *dropouts*: 3 ragazze hanno deciso di non completare il percorso terapeutico-riabilitativo.

Alla dimissione delle 11 ospiti che hanno completato il percorso riabilitativo, 5 hanno mostrato una soddisfacente remissione sintomatologica (recupero ponderale o mantenimento del peso naturale e interruzione delle principali condotte disfunzionali),

5 una remissione sintomatologica discreta (recupero ponderale o mantenimento del peso naturale in presenza di alcune condotte disfunzionali) e una ha ottenuto risultati sufficienti (recupero ponderale parziale in presenza di alcune condotte disfunzionali).

I dati riportati, sebbene incoraggianti in merito agli indici di *outcome*, sono senza dubbio preliminari e con limiti legati all'attuale mancanza di un follow-up. Per un'analisi più precisa dei risultati ottenuti con il trattamento e del mantenimento di tali risultati si dovranno attendere le osservazioni a 6 e 12 mesi.

Tabella 4.19

Numero di ricoveri per anoressia (in prima diagnosi) anno 2012 - Fonte: SDO

FASCE D'ETÀ	MASCHI	FEMMINE
0-4	4	3
5-9	2	3
10-14	9	55
15-19	14	122
20-24	6	53
25-29	0	38
> 30	0	27
Totale	43	367

Tabella 4.20

Numero di ricoveri per bulimia (in prima diagnosi) anno 2012 - Fonte: SDO

FASCE D'ETÀ	MASCHI	FEMMINE
0-4	0	0
5-9	0	0
10-14	0	4
15-19	1	22
20-24	0	18
25-29	0	10
> 30	0	8
Totale	2	77

Bibliografia

- Dirindelli P, Caselli M, Martinetti MG (2012). La costruzione di una rete integrata per la cura dei disturbi del comportamento alimentare nella Regione Toscana - Monitoraggio del processo in corso. In AA. VV. La Salute Mentale in Toscana: aggiornamenti e sviluppi. Documenti dell'Agenzia regionale di sanità della Toscana, n. 68, cap. 5, pag. 70-79.
- Fairburn CG (2008). Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders. Guilford Press.
- Vanderlinden J (2001). Vincere l'anoressia. Positive Press.

4.7 Uso e abuso di sostanze illegali

Paola Trotta - Azienda sanitaria di Firenze

Alice Berti - ARS Toscana

4.7.1 Consumi di sostanze illegali e gioco d'azzardo negli adolescenti

Sostanze psicotrope illegali

Il consumo di sostanze psicotrope illecite interessa milioni di persone nel mondo. I suoi impatti più negativi sociali e sanitari si concentrano tra i soggetti più vulnerabili e marginalizzati delle nostre società. Le Nazioni Unite³⁴ hanno stimato che una percentuale tra il 3,3% e il 6,1% della popolazione di tutto il mondo (una stima che varia tra 149 e 272 milioni di persone) tra i 15 anni e i 64 anni di età ha utilizzato almeno una sostanza negli ultimi 12 mesi (UNODC, 2011).

La percentuale di consumatori appare più alta nei maschi che nelle femmine. Inoltre, il consumo di sostanze psicotrope è un fenomeno più strettamente correlato alle fasce d'età più giovani e si è sviluppato in particolar modo nei paesi più industrializzati.

In Toscana, il Settore sociale dell'Agenzia regionale di sanità indaga tali comportamenti a rischio attraverso la realizzazione dello studio Epidemiologia dei determinanti degli incidenti stradali in Toscana (EDIT) che nasce dalla necessità di migliorare le conoscenze sui possibili determinanti dell'infortunistica stradale nelle fasce giovanili (da 14 a 19 anni). A tal proposito la ricerca indaga anche quei comportamenti che non riguardano direttamente la guida dei mezzi, ma che possono influenzarne gli esiti, pertanto lo strumento costruito per il reperimento dei dati prevede anche alcune sezioni relative al consumo di sostanze psicotrope legali e non. La ricerca si svolge ogni tre anni a partire dal 2005 e coinvolge un campione di studenti iscritti agli istituti d'istruzione secondaria della Toscana. L'ultima edizione è avvenuta nel 2011, in cui sono stati arruolati 4.829 studenti (45,7% femmine).

Dai risultati del 2011 emerge che il 36,4% degli studenti ha dichiarato di aver utilizzato almeno una volta nella vita una sostanza stupefacente, con una rilevante attrazione di genere, in particolare il 31,9% delle femmine rispetto al 40,5% dei maschi (**Tabella 4.21**). Tali differenze di genere si mantengono rilevanti anche nelle precedenti edizioni e negli altri due riferimenti temporali indagati.

Inoltre, secondo quanto riportato dai rispondenti del 2011, tra coloro che hanno sperimentato almeno una sostanza nella vita, nell'88,1% dei casi, e con bassa variabilità di genere, si tratta di cannabis o derivati (**Tabella 4.22**) e, nel 2008, il dato risulta quasi sovrapponibile. Tuttavia, il coinvolgimento nell'uso di farmaci (o psicofarmaci) senza

³⁴ UNODC United Nations Office on Drugs and Crime, New York - Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine.

prescrizione medica è molto più alto nelle ragazze rispetto ai ragazzi (rispettivamente, anno 2008: 1,6% vs. 6%; anno 2011: 3,1% vs. 5,5%).

Tabella 4.21

Prevalenze d'uso di almeno una sostanza illegale una volta nella vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni, per genere e totale regionale – Confronto 2005-2008-2011

Consumo di sostanze	Maschi			Femmine			Totale		
	2005 N=2.234	2008 N=2.359	2011 N=2.476	2005 N=2.717	2008 N=2.854	2011 N=2.096	2005 N=4.951	2008 N=5.213	2011 N=4.572
vita	38,0	40,5	40,5	29,2	35,0	31,9	33,2	37,5	36,4
ultimi 12 mesi	31,7	34,4	35,5	22,3	28,2	26,5	26,6	31,0	31,1
ultimi 30 giorni	21,8	24,3	29,2	13,8	19,1	20,3	17,5	21,5	24,8

Tabella 4.22

Distribuzione percentuale del tipo di sostanza al primo uso e secondo il genere – Anno 2011

Prima sostanza utilizzata	2008			2011		
	M	F	Totale	M	F	Totale
Cannabis	88,9	86,2	87,6	88,7	87,2	88,1
Ecstasy e GHB	0,3	0,2	0,3	0,1	0,5	0,3
Amfetamine	0,3	0,2	0,3	0,2	0,8	0,5
Allucinogeni/LSD	0,2	0,2	0,2	0,4	0,0	0,2
Cocaina	0,6	0,5	0,5	1,6	1,5	1,6
Funghi allucinogeni	0,8	0,3	0,5	0,7	0,2	0,5
Inalanti volatili (popper)	1,9	1,4	1,6	0,5	0,2	0,4
Eroina	0,3	0	0,2	0,0	0,2	0,1
Crack	0,2	0,3	0,3	0,5	0,1	0,3
Anabolizzanti steroidi	0,8	0	0,4	0,3	0,2	0,3
Farmaci o psicofarmaci assunti non per motivi di salute	1,6	6	3,7	3,1	5,5	4,1
Smart drugs	-	-	-	0,5	0,7	0,6
Ketamina	-	-	-	0,2	0,2	0,2
Altro	4,1	4,7	4,4	3,0	2,7	2,9
Totale	100	100	100	100	100	100

Questa maggior attrazione da parte delle studentesse delle pillole farmacologiche è stata confermata anche dalle prevalenze d'uso di queste sostanze riferite all'ultimo mese che arrivano quasi al 61% per le femmine contro il 39,3% dei coetanei maschi. Tale

andamento concorderebbe con quanto riportato in un recente articolo (Serpelloni G et al., 2013) e confermato nel report 2011 dello *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD³⁵) sul maggior consumo di psicofarmaci (prescritto e/o senza controllo medico) delle adolescenti rispetto ai ragazzi.

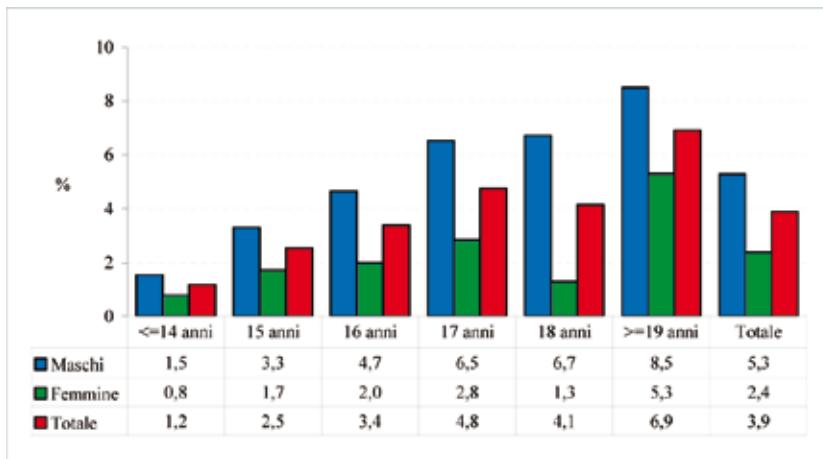
La prevalenza del genere maschile, invece, si impone sia nel consumo di cannabis che di cocaina, anche se le differenze si rilevano maggiormente per i consumi della seconda rispetto alla prima. Dai risultati dell'ultima edizione EDIT del 2011, considerando le prevalenze d'uso di cannabis nei due generi riferite ad *una tantum* (almeno una volta nella vita) e agli ultimi 30 giorni, sono stati registrati rispettivamente 9 e 8,2 punti percentuali di differenza (vita: maschi 35,4% vs. femmine 26,4% ; mese: 22,3% vs. 14,1%), mentre per la cocaina le prevalenze misurate nei maschi rappresentano quasi il doppio di quelle delle femmine (vita: maschi 6,8% vs. femmine 3,8% ; mese: 2,8% vs. 1,0%). Tali dati confermano inoltre quanto emerso anche nelle precedenti edizioni del progetto.

Per quanto riguarda i diversi modelli di consumo riteniamo importante soffermarci sulla modalità del policonsumo di sostanze legali e/o illegali, un fenomeno sempre più diffuso tra i giovani (Byqvist S, 2006). L'assunzione contemporanea o nella stessa serata di due o più sostanze psicoattive comporta un potenziamento degli effetti e dei rischi, con seri pericoli per le persone interessate o per terzi (incidenti stradali, risse) (Martoni M, Putton A, 2006). Inoltre, è fenomeno frequente che le persone sviluppino dipendenza da una o più delle sostanze per cui c'è stato precedentemente un apprendimento al consumo (Kandel D, 1975).

In **Figura 4.22** si osserva la distribuzione dei poliassuntori negli ultimi trenta giorni rilevata in Toscana (EDIT 2011): la distribuzione per età e per genere mostra un andamento del poliuso che aumenta con l'età ed una netta minoranza di femmine. Tale differenza tra i due generi si accentua con l'aumentare dell'età. I maschi infatti, passano dall'1,6% di poliassuntori mensili tra i quattordicenni all'8,5% tra i diciannovenni ed oltre, mentre le femmine (considerate le stesse due classi di età), registrano un aumento di quasi 6 punti percentuali (dall'1,2% al 6,9%).

³⁵ Lo studio ESPAD, nasce a livello europeo come indagine rivolta agli studenti di 15 e 16 anni per monitorare l'uso delle sostanze stupefacenti; viene realizzato ogni quattro anni a partire dal 1995 ed è coordinato dall'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT) di Lisbona. In Italia viene effettuato annualmente (quadiennale dal 1995 e annuale dal 1999) dall'Istituto di fisiologia clinica del Consiglio nazionale delle ricerche (CNR) di Pisa e si rivolge ai ragazzi di età compresa tra i 15 e i 19 anni.

Figura 4.22
Distribuzione percentuale dei poliassuntori negli ultimi 30 giorni, per genere ed età
Anno 2011



È importante considerare inoltre che proprio tra gli adolescenti il consumo di sostanze illegali viene frequentemente associato ad altri comportamenti a rischio, con conseguente aumento della probabilità di provocare danni alla salute (Winstock AR et al., 2001; Stronki SM, 2000).

Tra i poliassuntori, le femmine equivalgano i coetanei maschi in comportamenti di uso e/o abuso di tipo ricreativo, come l'abitudine al fumo (69,3% vs. 70,2%) ed il *binge drinking* (84,0% vs. 84,3%), mentre risultano marcatamente meno coinvolte in esperienze più pericolose, quali incidenti stradali con conseguenze sanitarie (14,4% vs. 38,0%). Altro dato rilevante, che peraltro concorda con quanto affermato precedentemente circa una maggiore vulnerabilità emotiva delle femmine, è quello sull'elevato grado di *distress*, rispetto al quale le policonsumatrici sono interessate con prevalenze quasi tre volte più alte dei maschi (rispettivamente 62,7% vs. 22,5%). Così come la precocità al primo rapporto sessuale completo, in cui la differenza tra i generi è di 18 punti percentuali a favore delle adolescenti (55,6% vs. 37,6%).

Le elaborazioni e le riflessioni sopra riportate, incentrate sulla caratterizzazione di genere del consumo di droghe, descrivono una tendenza da parte delle femmine che cercano l'esperienza stupefacente ad un livello di minor rischio e minore impegno ed un coinvolgimento più marginale rispetto ai maschi in modelli di consumo complessi quali il policonsumo. Tuttavia, a conferma di quanto riportato da un recente studio (Bertacca SG et al., 2013) circa una minore capacità delle consumatrici di sostanze di controllare le proprie reazioni emotive, sperimentando con maggior probabilità sintomi depressivi in adolescenza, troviamo un maggior disagio psicologico tra le poliassuntrici mensili.

Questo, da un lato, suggerisce nel genere femminile caratteristiche meno facilitanti al comportamento a rischio, ma anche la necessità di un particolare ascolto delle ragazze

che, invece, hanno comportamenti più simili ai maschi nel caso giungano in contatto con operatori della prevenzione o dei servizi.

Gioco d'azzardo

Il gioco d'azzardo è un'attività ludica, dove si punta denaro o un equivalente col fine di ottenere qualcosa di valore maggiore, quando il risultato è dovuto al caso più che all'abilità.

Il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition* (DSM-IV – Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, IV revisione) ha definito il Gioco d'azzardo patologico (GAP) come comportamento persistente, ricorrente e maladattivo di gioco che compromette le attività familiari, personali e lavorative, ed è stato inserito nei disturbi da controllo degli impulsi. Il DSM-V, di recente pubblicazione, nel 2013, riclassifica il GAP con i disturbi additivi da sostanza nella neoistituita categoria *Addictions and related disorders* che sostituisce la precedente categoria *Substance use disorders*, proprio per includere il GAP, riconoscendo la natura di vera e propria dipendenza a quelle comportamentali, con aspetti psicologici e biologici caratteristici.

Dal punto di vista epidemiologico, il gioco d'azzardo riporta prevalenze notevoli: vi è accordo, in studi nazionali ed internazionali, sul fatto che più dell'80% della popolazione adulta gioca o ha giocato a un gioco d'azzardo nella vita. Per la maggioranza degli studi condotti, la prevalenza dei giocatori patologici nella popolazione generale adulta varia dall'1% al 3% (Raylu N Oei TPS, 2002).

Rispetto alla popolazione generale adulta, la prevalenza di soggetti in età giovanile con *gambling* problematico risulta essere circa il doppio (5-6%). Il gioco d'azzardo illegale tra i giovani è molto più diffuso, pertanto il *gambling* patologico in questa fascia d'età risulta essere ancora più difficilmente misurabile (Slutske WS, 2003). Come emerge dai risultati dell'ultima indagine sulla popolazione studentesca italiana (GPS-ITA) riportati sull'ultima relazione annuale al parlamento (DPA³⁶, 2013) (**Figura 4.23**), sarebbero oltre il 7% i ragazzi con gioco problematico e 3,2% quelli con gioco patologico.

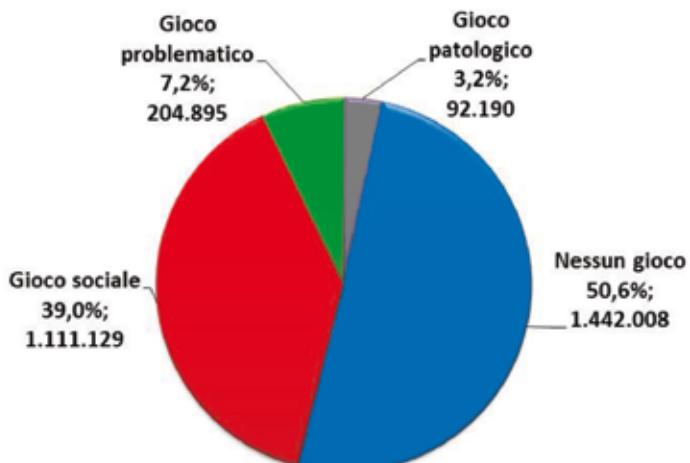
Con l'obiettivo di fornire una dimensione della diffusione di questo fenomeno in Toscana, lo studio EDIT (nelle edizioni del 2008 e 2011) ha indagato l'andamento e l'entità del gioco nel campione di studenti.

Il 58,1% degli intervistati dichiara di aver giocato almeno una volta nella vita a un gioco d'azzardo (**Figura 4.24**). Questa percentuale, come per la maggior parte dei comportamenti fin qui analizzati, risulta molto diversa nei due generi: il 72,3% dei maschi contro il 42,8% delle femmine, anche se, osservando il dato per singolo anno di età, con l'aumentare della stessa, la disparità va diminuendo. Ancora differenze di genere sono state individuate sia sulla varietà che sulla tipologia di giochi praticati. Al primo

³⁶ Dipartimento politiche antidroga, Presidenza del Consiglio dei ministri.

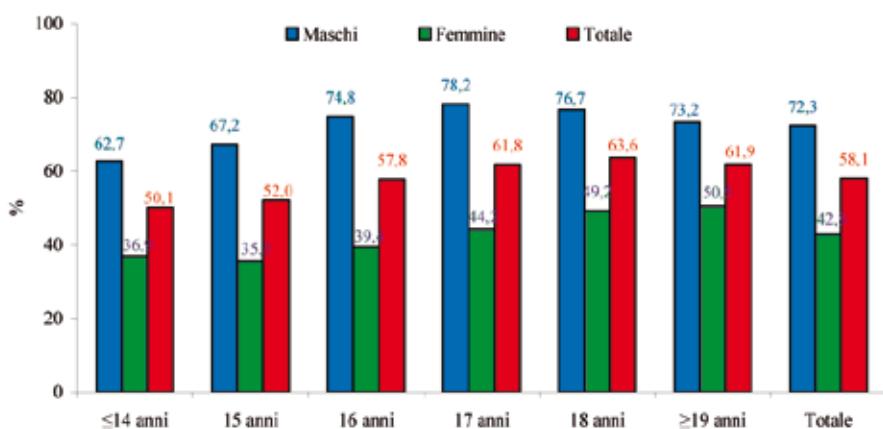
posto per tutti è risultato essere il Gratta e Vinci (sui rispondenti: il 75,6% dei maschi e il 90% delle femmine), ma per i maschi è stata riscontrata un'alta partecipazione anche per scommesse sportive, biliardo o altro gioco di abilità, carte e dadi, concorsi a pronostico e SuperEnalotto (39,6%).

Figura 4.23
Distribuzione (N e %) dei risultati del questionario SOGS-RA nella popolazione studentesca 15-19 anni - Anno 2013



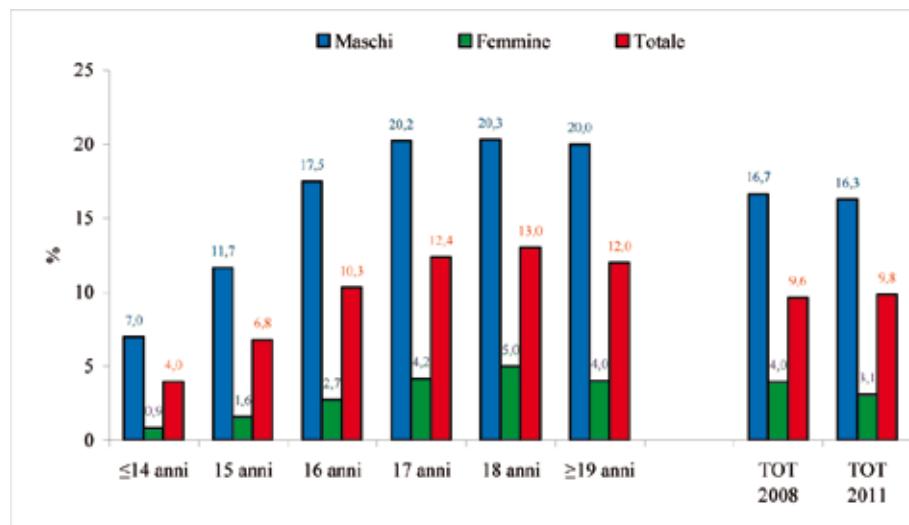
Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura 4.24
Distribuzione percentuale di coloro che hanno giocato almeno una volta nella vita ad un gioco d'azzardo. Distribuzione per genere ed età – Anno 2011



Ai ragazzi è stato somministrato anche il Lie/Bet (Johnson EE et al., 1997), un test di screening tipicamente utilizzato nelle fasce giovanili della popolazione che permette l'individuazione dei soggetti a rischio di gioco d'azzardo problematico. I risultati mostrano una differenza tra i generi ancor più marcata: sono in tutto il 9,8% gli studenti risultati positivi al Lie/Bet, in particolare il 16,3% dei maschi *vs.* il 3,1% delle femmine (**Figura 4.25**). Il dato è risultato essere inoltre in linea con quello della precedente edizione del progetto (2008), con prevalenze quasi sovrapponibili.

Figura 4.25
Distribuzione percentuale dei soggetti risultati positivi al Lie/Bet sul totale del campione e distribuzione per genere ed età – Confronto 2008-2011



In questo caso, anche quando l'esperienza del gioco è legale, alcuni elementi possono differenziare maschi e femmine. Tra questi, ad esempio, può influire la rapida diffusione del *remote gambling*, una modalità di gioco che si attua per mezzo di Internet, telefonia (fissa e mobile) e TV digitale e/o interattiva e il dilagare dell'uso di smartphone (sempre connessi ad Internet) che, data la natura tecnologica ed informatica, attraggono di più il mondo maschile rispetto a quello femminile che sembra, invece, più coinvolto nell'uso dei social network, ad oggi meno contaminati dal gioco d'azzardo.

Inoltre, come già osservato per il consumo di droghe, anche l'esperienza del *gambling*, ed ancor più di quello problematico, correla con *binge drinking*, *distress*, consumo di tabacco e sostanze, creando un insieme di esperienze che, col sovrapporsi o lo stratificarsi, aumentano i rischi di possibili danni per la salute (Capitanucci D et al., 2007).

Bibliografia

- UNODC (2011). World Drug Report; <http://www.unodc.org>.
- Serpelloni G, Genetti B, Mollica R, et al. (2013). I diversi fattori di rischio per l'uso di sostanze illecite tra le adolescenti 15-19 anni e i coetanei maschi. Italian Journal on Addiction; 3 (2): 37-44.
- Byqvist S (2006). Patterns of drug use among drug misusers in Sweden. Gender differences, Substance Use and Misuse. 41: 1817 – 1835.
- Martoni M, Putton A (2006). La notte si racconta: una ricerca su stili di consumo di sostanze, guida sicura e percezione del rischio. In: Martoni M, Putton A, (ed.) Uso di sostanze psicoattive e cultura del rischio. Una ricerca tra i giovani frequentatori di discoteche. Franco Angeli. Milano. pp. 99 – 129.
- Kandel D (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. Science. 190:912-914.
- Winstock AR, Griffiths P, Stewart D (2001). Drugs and the dance music scene: a survey of current drug use patterns among a sample of dance music enthusiasts in the UK. Drug and Alcohol Dependence. 64: 9 – 17.
- Stronki SM, Ireland M, Michaund PA, et al. (2000). Protective correlates of stages in adolescent substance use: A Swiss National Study. Journal of adolescent health. 26: 420 – 427.
- Bertacca S G, Pellegrini P, Pelisi A (2013). Il fenomeno di assunzione di sostanze stupefacenti in una popolazione di studenti del territorio di Parma: correlati personologici e differenze di genere. Italian Journal on Addiction; 3 (2):45-50.
- Raylu N, Oei TPS (2002). Pathological gambling. A comprehensive review. Clinical psychology review 22 1009-1061, Australia.
- Slutske W S, Jackson K M, Sher K J, (2003). The Natural History of Problem Gambling from Age 18 to 29. Journal of Abnormal Psychology; 112 (2): 263-264.
- Dipartimento politiche antidroga (2013). Relazione annuale al parlamento 2013, Uso di sostanze stupefacenti e tossicodipendenze in Italia (<http://www.politicheantidroga.it>).
- Johnson EE, Hamer R, Nora RM (1997). The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers. Psychological Reports; 80, 83-88.
- Capitanucci D, Capelli M, Lavagna D (2007). Dipendenze, poli-dipendenze e nuove dipendenze. Inediti stimoli per la comprensione dell'addiction.

4.7.2 Tossicodipendenza e conseguenze sanitarie

Servizi per le dipendenze

Ad oggi, l'influenza della costruzione sociale e biologica dei generi in relazione allo sviluppo della dipendenza risulta essere un ambito ancora non del tutto esplorato. A livello internazionale la letteratura conclude che lo sviluppo della dipendenza e l'esperienza tossicomana femminile hanno alla base specifici fattori (eziologici e aggravanti) che sono diversi da quelli relativi al mondo maschile (EMCDDA³⁷, 2000; UNODC, 2004; Molteni M Pellegrini G, 2013). Tra questi, l'esperienza di violenze (sessuali, fisiche e psicologiche) e abusi, l'utilizzo della prostituzione come fonte di sostentamento della dipendenza, l'adozione di comportamenti sessuali a rischio, gli aborti, le interruzioni volontarie di gravidanza e le conseguenze sanitarie e psicologiche che ne scaturiscono.

Il sistema di indicatori predisposto a livello nazionale non permette però di indagare tali fattori nella popolazione tossicodipendente. In Italia, infatti, le conoscenze sulle differenze di genere in questo ambito sono piuttosto limitate. Tuttavia, in questi ultimi anni si sta consolidando il Sistema informativo nazionale per le dipendenze (SIND)³⁸, un flusso informativo individuale, standardizzato e puntuale che è stato pensato proprio per il monitoraggio e la tipizzazione della tossicodipendenza attraverso lo studio epidemiologico dei dati raccolti annualmente da ogni regione.

Le evidenze disponibili indicano una netta inferiorità numerica delle donne rispetto agli uomini nei consumi di sostanze psicotrope, di conseguenza anche nella popolazione afferente ai Servizi per le tossicodipendenze (SerT) il genere femminile è sottorappresentato in un rapporto che mediamente si attesta su 1 donna ogni 5 uomini (DPA). Inoltre, sempre per i soggetti tossicodipendenti, la sostanza primaria più diffusa è l'eroina, senza differenze di genere e, al secondo posto la cocaina che risulta, però, leggermente più diffusa tra i maschi (DPA).

I dati riguardanti la tossicodipendenza in Toscana provengono ancora dal flusso cartaceo delle schede ministeriali e gli unici dati distinti per genere sono quelli sulla tipologia di utenza e sull'età.

Il numero dei pazienti in carico ai SerT della Toscana per sostanze illegali dal 1991 al 2011 è risultato essere tendenzialmente in crescita (rispettivamente da 6.670 a 14.416 utenti totali), seppur modesta. Questo aumento generale è legato sia a casi nuovi che a pazienti che permangono nei Servizi o rientrano dopo periodi di non uso o di un uso ritenuto abbastanza compatibile con la loro vita. Tuttavia non cambia, sostanzialmente mai, la frequenza per genere che è piuttosto stabile, e tende, anzi, per quanto riguarda le femmine, casomai leggermente a calare con gli anni.

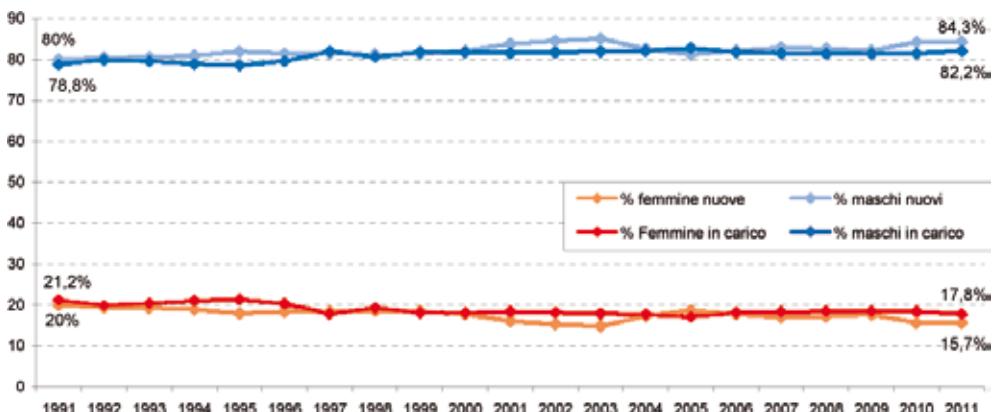
Le percentuali del genere femminile variano fra il 20,8% del 1991 e il 17,5% del 2011. La **Figura 4.26** si riferisce ai 21 anni di rilevazioni e, come è possibile osservare,

³⁷ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – Osservatorio europeo sulle droghe e le tossicodipendenze.

³⁸ Istituito con decreto del Ministero della salute 11 giugno 2012.

sia come casi in carico che nuovi casi, le femmine risultano in ogni anno meno numerose dei maschi per le diagnosi correlate alle sostanze psicotrope illegali. Nel 2011 il rapporto maschi/femmine in Toscana è pari a 4,7, leggermente inferiore a quello riportato sull'ultima Relazione annuale al Parlamento che arriva a 6,3.

Figura 4.26
Distribuzione percentuale dei soggetti tossicodipendenti toscani per genere e tipologia di utenza - Toscana – Anni 1991-2011



Dalla distribuzione per classe di età degli utenti stratificati per genere e tipologia (**Figura 4.27**) emerge che, in entrambi i generi, gran parte degli utenti già in carico si concentra nell'ultima fascia (>39 anni). Per quanto riguarda la nuova utenza maschile, questa si distribuisce in modo piuttosto uniforme tra le 5 classi d'età a partire dai 20 anni in poi, mentre le nuove utenti femmine seguono, sopra ai 25 anni, una distribuzione simile a quelle già in carico e, nelle classi 15-19 anni e 20-24 anni, eccedono rispetto alle "vecchie" utenti, concentrando oltre il 40% di tutta la nuova utenza.

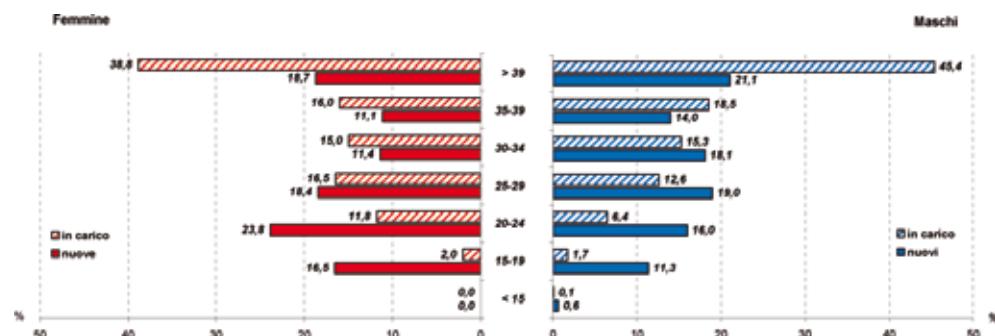
I dati del Dipartimento di Firenze nell'ultimo anno valutato (2012) confermano la differenza toscana, anzi la superano: per le sostanze illegali le femmine sono il 16,1% del totale e nel SerT carcerario addirittura il 9,5%.

Se però estendiamo lo sguardo all'alcol le percentuali di donne salgono al 28,5% del totale delle persone seguite, mentre nei Centri antifumo si ha l'inversione col 52,1% di donne. Forse la legalità e la ormai comune dipendenza da tabacco, che ha perso il segno del proibito/peccaminoso, ma anche la non perdita di controllo, facilitano l'avvicinarsi delle femmine a questa esperienza.

Il GAP torna invece a percentuali più simili alla tossicodipendenza con il 16,2% di donne, forse per l'aura di comunque proibito dell'esperienza, per minore disponibilità di denaro, ed anche più bassa abitudine a spenderlo per se stesse.

Figura 4.27

Distribuzione percentuale per classe d'età degli utenti stratificati per genere e tipologia. Toscana – Anno 2011



Tutti questi dati sembrano mostrarcici che ci sono differenze di frequenza legate al genere nel consumo, nell'abuso ed ancor più nell'abuso "volontario", sia per le sostanze che per altre esperienze additive e questo, probabilmente, attiene a differenze psicologiche, sociali, culturali e altre, come ogni scelta di genere. Ci mostrano inoltre che ogni comportamento deve essere studiato, analizzato, interrogato, compreso per genere e ricondotto per genere a bisogni o disagi espressi in modo diverso. In questa ottica potremo meglio comprendere anche variazioni rispetto alla media, ai comportamenti più frequenti e comuni del proprio genere.

La prima individualizzazione dovrebbe essere il genere in sé, e non la definizione per uguaglianza o differenza con l'altro genere. Le femmine non dovrebbero essere studiate solo per differenza, ma per il loro esistere in quanto tali e forse, come alcuni studi sul maschile hanno illuminato l'intera questione di specie, anche quelli sul femminile potrebbero dirci più su ognuno.

Sarebbe naturalmente importante vedere come queste o altre differenze mutino o si conservino nel tempo ed in culture diverse, soprattutto rispetto all'andamento di libertà e pari diritti fra i generi.

Accessi ai Pronto soccorso toscani per cause droga-correlate

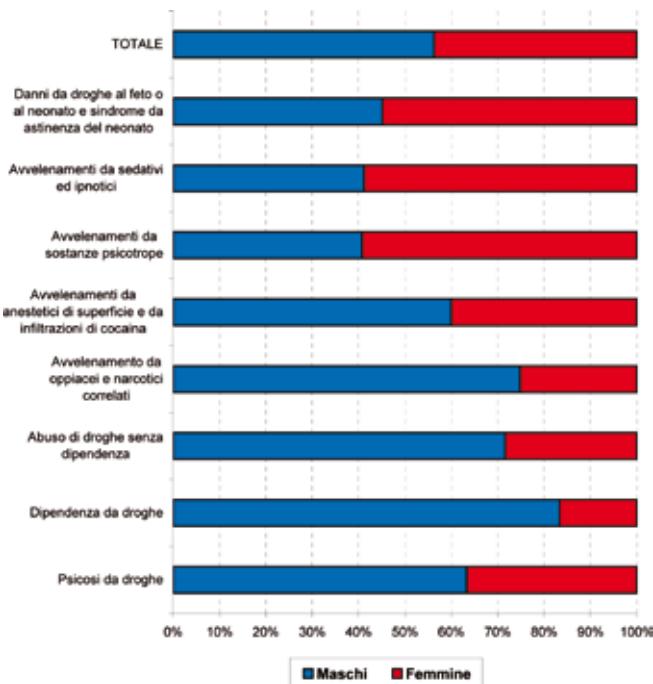
Nel 2012 gli accessi ai Pronto soccorso (PS) toscani per uso, abuso, dipendenza e avvelenamento da droghe sono stati 1.947, di cui 1.096 maschi e 851 femmine.

Osservando la variazione del rapporto maschi/femmagine tra le diverse fasce di età, emerge un maggior coinvolgimento del genere maschile nelle classi più giovanili (rapporto maschi/femmagine (R M/F) 1,9:1 nella classe di età 20-39 anni) e di quello femminile nelle fasce di età più avanzate (R M/F = 0,7:1 nella classe 50-69 anni e 0,5:1 nella classe 70-79 anni).

Le diagnosi più frequenti alla dimissione sono le psicosi esogene, gli avvelenamenti da oppiacei, o da ipnotici, o da farmaci psicotropi e l'abuso di sostanze: i maschi superano le femmine per l'abuso, le psicosi e l'avvelenamento da oppiacei e da narcotici, mentre le femmine prevalgono per avvelenamento da farmaci psicotropi e avvelenamento da sedativi ipnotici (**Figura 4.28**).

Figura 4.28

**Distribuzione percentuale degli accessi ai PS toscani per genere e diagnosi di dimissione
Toscana – Anno 2012**



Anche questi dati e queste differenze su situazioni più avanzate o framente patologiche e sul danno e rischio acuto suggeriscono differenze di genere nella ricerca delle esperienze estreme che le sostanze possono dare: più frequentemente emozione intensa, stordimento, perdita di controllo nei maschi, forte sedazione e/o aspetti autolesivi (anche tentati suicidi) nelle donne.

Mortalità per overdose infausta

I dati toscani sulla mortalità per anno (dal 2000 al 2009) e genere, provengono dal Registro regionale di mortalità. I decessi per overdose risultano essere molto più numerosi nei maschi, con percentuali non simili ai consumi, ma molto vicini ai dati

SerT, e con una forbice ancora più marcata (**Tabella 4.23**). Le femmine, infatti, nel periodo considerato, diminuiscono di circa 10 punti percentuali passando dal 21,1% nel 2000 all'11,8% nel 2009. La prevalenza dei maschi, per contro, aumenta dal 79% all'88% circa.

Tabella 4.23
Distribuzione dei decessi per anno e per genere – Toscana 2000-2009

Anno di rilevazione	Maschi		Femmine		Totale
	N.	%	N.	%	
2000	30	78,9	8	21,1	38
2001	33	89,2	4	10,8	37
2002	18	90,0	2	10,0	20
2003	18	85,7	3	14,3	21
2004	25	86,2	4	13,8	29
2005	25	100,0	0	0,0	25
2006	29	93,5	2	6,5	31
2007	31	93,9	2	6,1	33
2008	30	83,3	6	16,7	36
2009	15	88,2	2	11,8	17

Anche in questi dati emerge una minore tendenza da parte del genere femminile al coinvolgimento in esperienze eccedentarie e abusi: sviluppa meno dipendenze e, di conseguenza, ha una più bassa mortalità.

Bibliografia

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA (2000). Problem facing women drug users and their children; www.emcdda.europa.eu.
- United Nations Office on Drugs and Crime - UNODC (2004). Substance Abuse Treatment and Care for Women: Case studies and lessons learned; <http://www.unodc.org>.
- Molteni M, Pellegrini G (2013). Genere e droga. Uno studio sui pazienti in trattamento presso il Ser.T. di Trento. Italian Journal on Addiction; 3 (2): 17-24.
- Dipartimento Politiche antidroga – DPA (1999-2013). Relazione annuale al Parlamento sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia: <http://www.politicheantidroga.it/progetti-e-ricerca/relazioni-al-parlamento.aspx>

4.8 Traumi

Francesco Innocenti (ARS Toscana)

4.8.1 Incidenti stradali

Gli incidenti stradali rappresentano nel mondo un fenomeno che ha causato nel 2010 oltre 1,24 milioni di decessi, dei quali il 59% ha colpito persone di età compresa tra i 15 e i 44 anni (*Global Status Report on Road Safety 2013*). In questo ambito il genere femminile risulta, sempre, meno coinvolto rispetto a quello maschile; in altre parole, sono le femmine a commettere meno incidenti stradali quando sono alla guida di un mezzo, ad essere meno soggette alla notifica di infrazioni stradali, a rappresentare la quota minore di feriti e deceduti in conseguenza di sinistri.

Le ragioni di tale sbilanciamento sono riconducibili, in parte, al fatto che le donne trascorrono meno tempo al volante rispetto agli uomini, in parte ad un maggior senso del pericolo che connota il genere femminile e che lo induce a trovarsi più raramente in situazioni di rischio.

In generale, soprattutto nei paesi più svantaggiati, i maschi sono più propensi ad avere un mezzo di proprietà rispetto alle femmine, dunque è più probabile che ne siano i conducenti. Il genere maschile è infatti maggiormente impiegato come autista di auto, ma anche e soprattutto di autobus e camion; quest'ultimo in particolare è un mestiere che impone lunghe percorrenze ed un grande impegno di tempo alla guida, esponendo così i camionisti ad un elevato rischio di incidente.

Partendo dall'assunto che non è possibile conoscere il reale rischio di collisione per i due generi, l'osservazione delle conseguenze della guida rivela che tra gli uomini di età compresa tra i 15 e i 44 anni, gli incidenti stradali rappresentano la principale causa di decesso per eventi trauma-correlati, mentre il suicidio è la causa più frequente tra le donne (Hofman et al., 2005). Tra l'altro le donne, oltre a far registrare un minor numero di incidenti, effettuano il loro primo sinistro ad un'età maggiore rispetto ai maschi, e sono responsabili del sinistro con probabilità minore (Waller et al., 2001). Il minor rischio di incidente viene attribuito, in una certa quota, anche alla minore velocità di guida raggiunta dalle femmine e, insieme, ad un maggior rispetto delle norme del codice della strada da parte delle stesse (Norris et al., 2000).

La conferma che le donne guidano meno degli uomini viene fornita dall'archivio delle "Patenti a Punti" (PaP) che, tenuto dal Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, indica che nel 2011 sono attive, in Toscana, 1,342 milioni di licenze di guida per i maschi e 1,071 milioni per le femmine (tassi grezzi regionali rispettivamente pari a 86,1 e 62,5 per 100 abitanti). Dall'analisi dei dati, quindi, il 38,5% delle donne non possiede una patente, contro il 14% degli uomini. Osservando inoltre la distribuzione delle patenti per classe di età, le licenze di guida detenute dai maschi sono sempre maggiori rispetto a quelle possedute dalle femmine e le età in cui il rapporto maschi/femmine è

più elevato si riscontra nelle categorie 16-17 anni (rapporto: 4,8), 71-80 anni (rapporto: 2,4) e 80 anni e più (rapporto: 4,9).

In Toscana, in base ai dati dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) e del Sistema integrato regionale per la sicurezza stradale (SIRSS), sono stati registrati nel 2010 oltre 17.000 incidenti stradali con almeno un ferito. I sinistri che hanno coinvolto un conducente di genere femminile (9.044) sono stati meno della metà di quelli che hanno coinvolto un maschio (21.309; rapporto F/M: 0,4) (**Tabella 4.24**) e, osservando il trend, l'indicatore è in aumento dal 2001 ad oggi (dati non mostrati). Il rapporto tra generi, relativamente ai feriti, rivela valori sempre più bassi per le femmine, per quanto maggiori rispetto a quelli osservati per gli incidenti; il dato riferito ai decessi è quello che amplifica ancora di più le differenze: nel 2001 questo valore si attestava a 0,2 mentre nel 2010 è sceso fino a 0,1, indicando come la riduzione delle morti delle conducenti femmine è stata in questo periodo sensibilmente maggiore rispetto a quella osservata nei maschi (dati non mostrati).

Tabella 4.24

Distribuzione degli incidenti stradali, feriti, morti ed indice di mortalità (per 1.000 incidenti stradali) per genere e anno - Toscana, anni 2001-2010 - Fonte: elaborazioni ARS su dati ISTAT/SIRSS

Anno	Maschi				Femmine			
	Incidenti*	Feriti	Morti	Indice M.***	Incidenti**	Feriti	Morti	Indice M.***
2001	26.645	12.924	236	8,9	9.306	5.580	38	4,1
2002	27.299	13.135	224	8,2	9.361	5.683	27	2,9
2003	28.644	13.984	211	7,4	9.980	5.871	34	3,4
2004	27.994	13.384	223	8,0	9.712	5.695	36	3,7
2005	29.709	14.564	205	6,9	10.286	5.981	38	3,7
2006	29.028	14.307	200	6,9	10.360	6.071	29	2,8
2007	27.476	13.577	194	7,1	10.448	6.135	22	2,1
2008	24.951	12.486	187	7,5	9.965	5.829	26	2,6
2009	24.452	12.300	167	6,8	9.653	5.643	24	2,5
2010	21.309	10.812	160	7,5	9.044	5.343	18	2,0

*: almeno uno dei conducenti coinvolti nell'incidente stradale è maschio.

**: almeno uno dei conducenti coinvolti nell'incidente stradale è femmina.

***: rapporto tra deceduti ed incidenti, moltiplicato 1.000.

Come anticipato, le femmine sono più prudenti alla guida, dunque commettono meno infrazioni del Codice della strada. Tuttavia, alcuni indicatori, come ad esempio l'indice di gravità (delle sanzioni comminate), vale a dire il rapporto tra punti sottratti e infrazioni, mostra come in Toscana, nel 2011, le femmine abbiano commesso infrazioni più gravi rispetto ai maschi nelle classi di età avanzate (tra i 51 e i 70 anni).

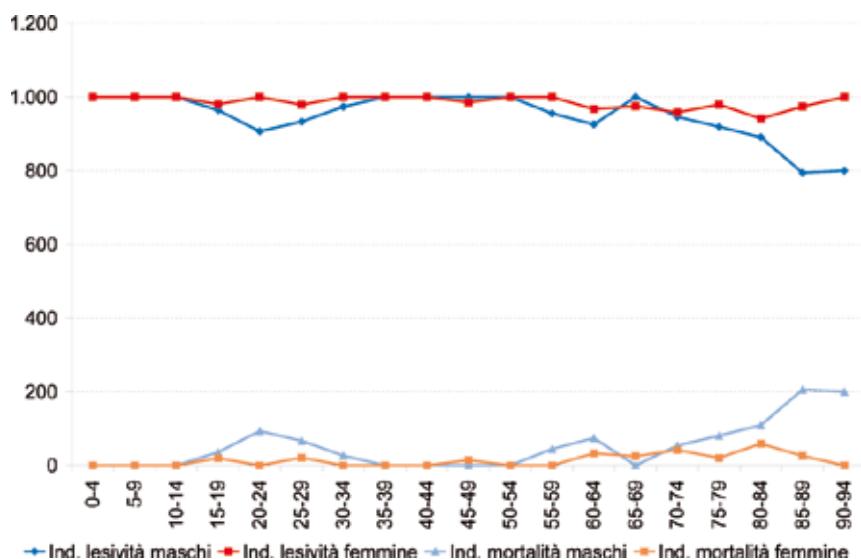
L'analisi delle trasgressioni indica che, nel 2011, l'eccesso di velocità è la causa principale di contravvenzione: rappresenta il 60,1% delle sanzioni comminate alle femmine ed il 54,5% di quelle applicate ai maschi. Per le femmine, poi, il 9,2% delle

multe riguarda il non aver rispettato il semaforo rosso ed il 5,4% l'aver usato il cellulare durante la guida. Nel podio delle contravvenzioni inflitte ai maschi, al secondo posto, con il 9%, troviamo il mancato uso delle cinture di sicurezza, mentre al terzo, con il 6,8%, il non aver rispettato il semaforo rosso.

In un ambito in cui viene osservato un minor coinvolgimento da parte del genere femminile, esiste tuttavia una categoria di “utenti deboli della strada”, ovvero i pedoni, in cui è proprio il gentil sesso che, sulla base della lesività, vale a dire del carico di feriti, è maggiormente colpito in ogni classe di età, con picchi massimi tra 60 ed 80 anni (**Figura 4.29**).

Figura 4.29

Distribuzione dell'indice di lesività (per 1.000 incidenti stradali) e dell'indice di mortalità³⁹ (per 1.000 incidenti stradali) dei pedoni coinvolti in incidente stradale per classe di età e genere - Toscana, anno 2010 - Fonte: elaborazioni ARS su dati ISTAT/SIRSS



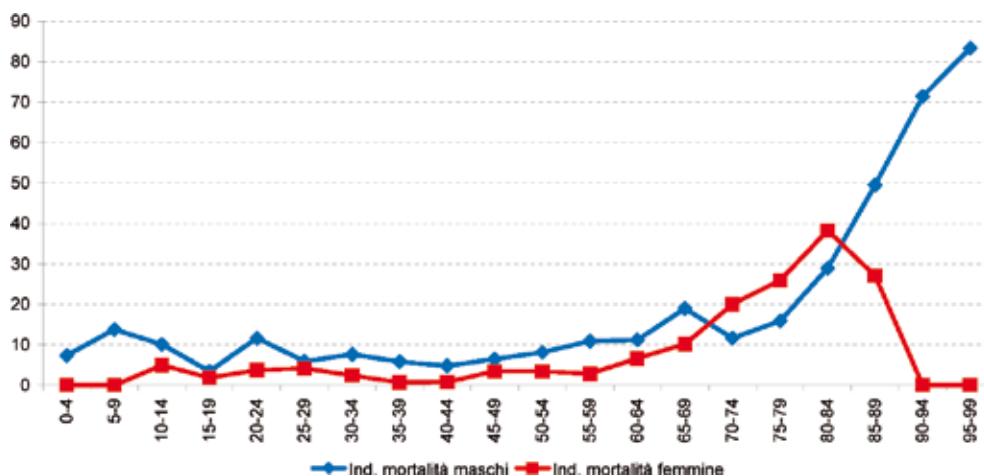
Nell'altra grande categoria di utenti deboli, rappresentata dai ciclisti, gli incidenti stradali che nel 2010 hanno coinvolto i veicoli a due ruote sono risultati 1.258; di nuovo i maschi sono risultati i conducenti nel 66,4% dei sinistri, inoltre questa percentuale cresce quando l'analisi si concentra sui ciclisti che hanno perso la vita: dei 25 casi rilevati, 22 erano maschi, quindi nell'88% dei casi.

³⁹ Indice di mortalità: rapporto tra il numero di morti e il numero di incidenti.

L'analisi delle conseguenze degli incidenti stradali attraverso l'indice di mortalità riporta per le femmine valori sempre inferiori rispetto ai maschi, ad eccezione di quelli registrati nelle età anziane comprese tra i 70 e gli 84 anni, in cui l'indicatore per le donne è sensibilmente maggiore rispetto a quello dei coetanei dell'altro genere. A partire invece dagli 85 anni, le femmine fanno rilevare un'importante diminuzione dell'indice di mortalità, mentre i maschi un aumento esponenziale, dovuto al fatto che i pochi incidenti registrati sono per la maggior parte mortali (**Figura 4.30**).

Figura 4.30

Distribuzione dell'indice di mortalità per incidente stradale (per 1.000 incidenti) per classe di età e genere - Toscana, anno 2010 - Fonte: elaborazioni ARS su dati ISTAT/SIRSS



Riassumendo, gli incidenti stradali in Toscana sono un fenomeno in cui il genere femminile viene coinvolto decisamente meno rispetto a quello maschile, con risultati del tutto sovrapponibili a quelli del contesto nazionale. Le donne, infatti, oltre a guidare meno, sono anche più prudenti, dunque meno soggette a sanzioni amministrative da parte delle Forze dell'ordine e, inoltre, sono responsabili di un numero minore di incidenti stradali. Le femmine assumono in questo ambito un ruolo da protagoniste negative principalmente nella categoria dei pedoni, dove rappresentano la quota maggiore di feriti in ogni classe di età.

Bibliografia

- Global Status Report on Road Safety 2013: Supporting a Decade of Action, World Health Organization.
- Hofman K, Primack A, Keusch, G and Hrynkow S (2005). Addressing the growing burden of trauma and injury in low-and middle-income countries. *American Journal of Public Health*: 95(1) 13–17.
- Waller, P. F., Elliot, M. R., Shope, J. T., Raghunathan, T. E, and Little, R. J. A. (2001). Changes in young adults offense and crash patterns over time. *Accident Analysis and Prevention*: 33, 117 - 128.
- Norris, F. H., Matthews, B. A., and Riad, J. K. (2000). Characterological, situational, and behavioural risk factors for motor vehicle accidents: A prospective examination. *Accident Analysis and Prevention*: 32, 505 – 515.

4.8.2 Incidenti domestici

La casa viene generalmente ritenuta il luogo più sicuro per eccellenza. Tuttavia, osservando i dati sugli incidenti domestici, dovrebbe essere considerata, al contrario, uno degli ambienti più pericolosi.

Gli infortuni che avvengono tra le mura domestiche, rappresentano infatti nella maggior parte dei paesi industrializzati, una delle principali cause di mortalità e morbidità in ogni fascia d'età e, in particolare, secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e lo United Nations Children's Fund (UNICEF – Fondo delle Nazioni unite per l'infanzia), sono la prima causa di morte nei bambini (*World Report on Child Injury Prevention*).

Si tratta di un problema di grande interesse per la sanità pubblica, essendo forte il loro impatto sulla salute delle persone che si occupano di lavoro domestico (casalinghe, badanti ecc.) e, più in generale, delle persone anziane: riveste infatti un ruolo importante il peso sociale che questi infortuni hanno in termini di vite umane, di assistenza sanitaria ospedaliera ed extra-ospedaliera e di invalidità permanente e temporanea.

In Italia, secondo l'indagine Multiscopo ISTAT del 2011, ogni anno si infortunano a causa di incidenti domestici circa 2,8 milioni di persone, per un totale di 3,3 milioni di incidenti. Tali eventi, in base ai dati del Sistema informativo nazionale sugli incidenti di civile abitazione (SINIACA), sono la causa di oltre 1,5 milioni di accessi al Pronto soccorso, in conseguenza dei quali 130.000 persone vengono ricoverate, mentre 7.000 non sopravvivono. La tipologia di incidenti domestici che più spesso giungono a un Pronto soccorso sono le cadute (40%), le ferite da taglio o punta (15%) e gli urti o schiacciamenti (12%).

Nella nostra regione, sempre secondo i dati ISTAT, gli infortuni domestici hanno colpito nel 2011 circa 180.000 persone, con una differente composizione per genere: 132.000 femmine, corrispondenti al 73% del totale e 49.000 maschi. La Toscana si colloca ai primi posti nel panorama nazionale in termini di numerosità di incidenti, insieme a Sicilia, Lombardia e Veneto. Rapportando inoltre gli eventi alla popolazione residente nei vari territori (tassi grezzi), Toscana e Veneto si confermano le regioni con i valori più alti, stavolta assieme a Trentino-Alto Adige, Marche e Calabria.

L'analisi della **Tabella 2**, nella quale sono stati riportati il numero di incidenti registrati in Toscana nel periodo compreso tra il 2001 ed il 2011, e le relative persone coinvolte, non mostra un trend in aumento o in diminuzione, ma piuttosto forti oscillazioni dei dati.

Tabella 4.25

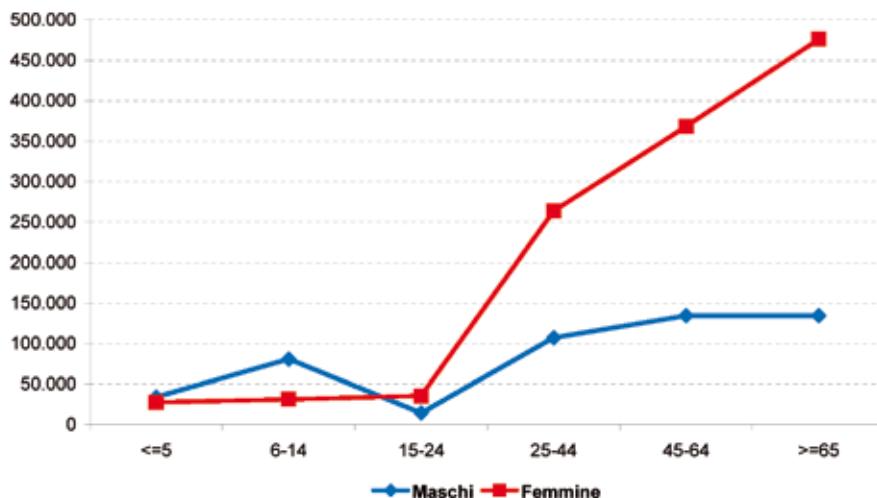
Incidenti e persone infortunate in ambiente domestico per anno di rilevazione - Toscana, anni 2001-2011 - Fonte: elaborazioni ARS su dati ISTAT

Anno	Incidenti			Persone infortunate		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
2001	42.440	216.665	259.105	38.686	165.763	204.449
2002	67.841	181.789	249.630	62.390	111.551	173.941
2003	51.904	110.737	162.641	51.904	106.319	158.223
2004	La rilevazione non è stata effettuata					
2005	96.885	210.209	307.094	82.254	166.241	248.495
2006	61.419	142.224	203.643	54.661	125.254	179.914
2007	67.580	138.126	205.705	67.580	133.019	200.599
2008	I dati non sono presentati poiché non congrui con il trend degli anni precedenti					
2009	46.744	117.719	164.463	40.368	107.618	147.986
2010	58.068	179.112	237.180	58.068	154.233	212.301
2011	53.593	208.208	261.801	49.027	132.340	181.367

L'analisi per età e genere rivela che i giovani infortunati di età inferiore o uguale a 14 anni rappresentano il 22,7% dell'intera distribuzione per quanto riguarda i maschi mentre, tra le femmine, solo il 4,9% rientra in questa categoria. Risulta quindi evidente una maggiore propensione al rischio dei bambini e dei ragazzi rispetto alle loro coetanee che, come noto, tendono a fare giochi meno pericolosi in quella fascia di età e sono meno stimolate a provare nuove esperienze, denotando così un atteggiamento più protettivo. A partire dalla fascia di età 15-24 anni, le femmine mostrano frequenze assolute sempre più alte rispetto ai maschi (**Figura 4.31**).

Figura 4.31

Personne inf fortunate in ambiente domestico per genere e classe d'età - Toscana, anni 2001-2011 - Fonte: elaborazioni ARS su dati ISTAT



A causa della scarsità di dati disponibili per indagare questo fenomeno, è opportuno integrare le informazioni fornite dall'ISTAT con quelle del flusso dei Pronto soccorso (PS), secondo il quale, in Toscana, sono stati registrati 55.000 accessi per incidente domestico nel 2012. Il numero di accessi da parte delle femmine è stato pari al 54,2% del totale; inoltre, in base al codice colore (campo che permette la stima della gravità dell'evento), la casistica indica che viene dimesso con codice verde (non critico) il 69,5% delle femmine *vs* il 66,5% dei maschi, viene dimesso con codice giallo (paziente per il quale sussiste un potenziale pericolo di vita) il 7,7% delle femmine *vs* il 5,8% dei maschi, mentre viene dimesso con codice rosso (paziente che presenta un imminente pericolo di vita) lo 0,2% delle femmine *vs* lo 0,4% dei maschi. Dunque, anche se i maschi mostrano una prevalenza ad incorrere negli incidenti più gravi, le femmine sono più colpite dagli infortuni di media e medio-alta gravità.

I dati dei PS permettono anche di stilare una classifica delle cause ICD9-CM⁴⁰ di accesso per incidente domestico più ricorrenti; le diagnosi registrate si riferiscono principalmente a concussioni senza perdita di coscienza, ferite, contusioni e fratture a mani e piedi, distorsioni alle caviglie. La causa registrata prevalentemente per le femmine è stata nel 2012 la “concussione senza perdita di conoscenza” (6,5% del totale di genere), mentre per i maschi è stata la “ferita delle dita della mano senza menzione di complicazioni” (7,4% del totale di genere).

⁴⁰ International Classification of Diseases, 9th Revision – Clinical Modification (ICD9-CM – Classificazione internazionale delle malattie, IX edizione – Modifica clinica).

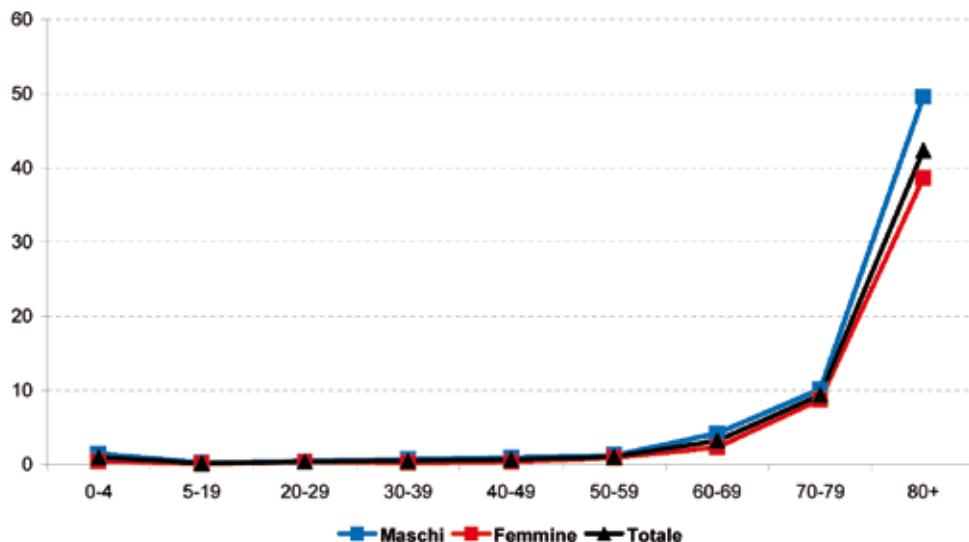
Sulla base infine delle modalità assunte dal campo “esito”, tra coloro che hanno effettuato un accesso ai PS per incidente domestico, è possibile osservare che l’85,3% dei maschi e l’81,8% delle femmine viene dimesso a domicilio mentre il 7% circa dei maschi necessita di un ricovero ospedaliero *vs* il 10,9% delle femmine.

Entrando invece nel merito delle conseguenze più gravi in questo ambito, il tasso di mortalità grezzo nazionale per infortuni domestici è del 3,1 per 100.000 abitanti (Fonte: SINIAC), mentre la Toscana, con 4,2 decessi ogni 100.000 residenti, risulta la settima regione italiana per tasso grezzo di mortalità da infortunio domestico. La Valle d’Aosta e la Liguria, rispettivamente con tassi pari a 223,9 e 77,1, guidano questa classifica, chiusa da Lazio e Campania con 1,2 e 0,7.

I decessi per incidente domestico in Toscana sono identificati nel Registro di mortalità regionale (RMR), attraverso una doppia selezione, ossia tramite la variabile “luogo di accadimento”, quando questa assume modalità “Abitazione”, e contemporaneamente tramite le “cause violente” quando assumono valori dei codici ICD9-CM compresi tra E850 ed E949.

In Toscana, nel periodo 2001-2009, sono stati registrati 1.458 decessi a causa di incidenti domestici, vale a dire una media di 162 eventi ogni anno, con numerosità di casi maggiori per quanto riguarda il genere femminile. In termini di tassi grezzi di mortalità sono tuttavia più alti i valori dei maschi, denotando dunque, in questo ambito, una gravità complessiva minore per le femmine. Se, come osservato, è il gruppo degli anziani quello che maggiormente incorre in incidenti domestici, è sempre lo stesso contingente a subire le conseguenze più gravi degli infortuni (**Figura 4.32**).

Figura 4.32
Tasso di mortalità per infortunio domestico per genere e classe d’età - Toscana, anni 2001-2009 (Fonte: elaborazioni ARS su dati RMR)



Riassumendo, gli incidenti domestici colpiscono prevalentemente il genere femminile, specialmente la categoria delle casalinghe, proprio a causa di una maggior presenza in casa di queste ultime. Non sono stati invece rilevati a livello regionale risultati diversi da quelli osservati nel panorama nazionale.

Bibliografia

- World Report on Child Injury Prevention (2008). World Health Organization.

4.9 Infortuni, malattie e stress lavoro-correlati

4.9.1 Infortuni sul lavoro

Donatella Talini, Alberto Baldasseroni, Gianpaolo Romeo - CeRIMP, Regione Toscana

Ben note sono le asimmetrie esistenti tra le caratteristiche dell'occupazione maschile e di quella femminile e i differenti rischi di esposizione e di effetti sulla salute tra uomini e donne nel contesto lavorativo. Recenti analisi sociologiche hanno messo in evidenza le difficoltà di lettura dei dati disaggregati per genere a causa della diffusità dell'impiego full-time, della tipologia del contratto e del tipo di mansione per comparto esistente fra i due sessi. Oltre a questi specifici aspetti, altre possono essere le variabili che in qualche modo possono differenziare i due sessi, quali per esempio quelle riguardanti la sfera del privato, fra cui la struttura familiare e i carichi domestici, che incidono senza dubbio sul cosiddetto "lavoro globale" al femminile (Conti P. e Ninci A., 2011).

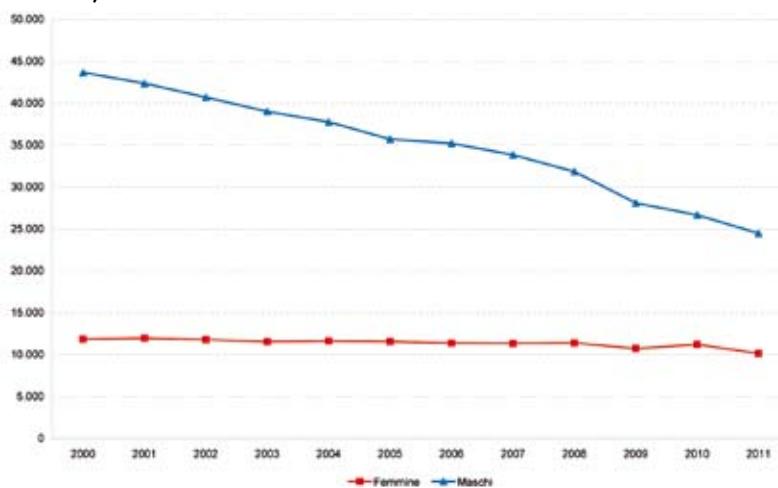
Allo stato attuale non è quindi semplice costruire tassi che consentano di rapportare il numero di infortuni e di malattie professionali, rilevati in ciascun genere, al numero di occupati e di occupate e, di conseguenza, valutare l'effettiva distribuzione del rischio nei due generi.

I dati a cui far riferimento, pur con qualche limite, sono quelli dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) per ciò che concerne il numeratore (numero di infortuni e malattie professionali) e dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) per quanto riguarda il denominatore (numero di occupati e di occupate). Il numeratore permette di fare aggregazioni di dettaglio relative al comparto

produttivo e alla mansione, il denominatore invece non fornisce dati di questo tipo, fornendo solo indicazioni territoriali e di settore (Attività economiche - ATECO). Al contrario, il denominatore può tuttavia fornire dettagli circa le tipologie contrattuali, che non sono presenti però nel database INAIL.

Tenendo in considerazione questi limiti dell'analisi, il numero totale degli infortuni definiti positivamente dall'INAIL (casi denunciati per i quali si è concluso l'iter medico-legale e amministrativo da parte dell'istituto assicuratore) fra il 2000 e il 2011 presenta un trend complessivo in diminuzione sia in Italia, che soprattutto in Toscana. Questo, tuttavia, assume andamenti diversi se si considera la differenza di sesso, in quanto continua a decrescere nei maschi mentre risulta pressoché stabile nelle femmine (**Figura 4.33**), anche se in lieve calo nel 2011. Considerando il rapporto M/F degli infortuni, questo passa da circa 4:1 nel 2000 a circa 2:1 nel 2011, cosa che corrisponde del resto anche all'andamento del numero degli addetti che vede un progressiva diminuzione dei maschi rispetto alle femmine, evidente soprattutto negli ultimi anni, sia in Toscana che a livello nazionale. Esaminando il tasso infortunistico, questo risulta infatti ridursi nel tempo, anche se in maniera più marcata per gli uomini che per le donne, da 51,5 su 100.000 del 2000 a 35,2 del 2011 per i primi, da 26,6 su 100.000 del 2000 a 16,9 per le seconde.

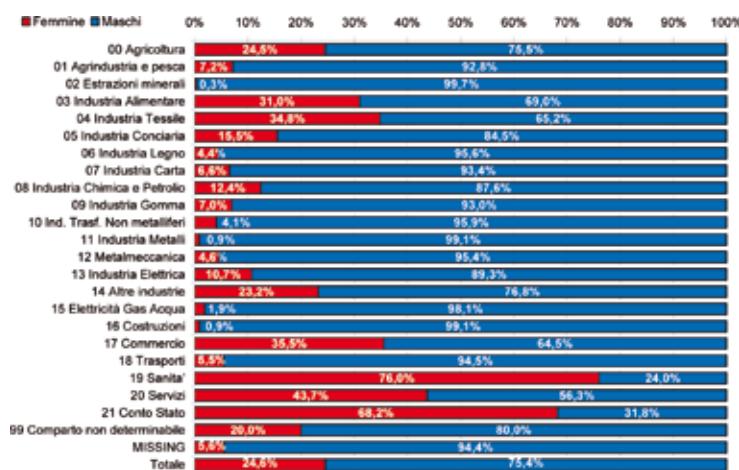
Figura 4.33
Infortuni in occasione di lavoro definiti positivamente per genere e anno di evento - Regione Toscana, anni 2000-2011



Analizzando il fenomeno per settori produttivi, i settori in cui risultano più frequenti gli infortuni maschili sono, come ci si può aspettare, il settore delle costruzioni, dell'energia, estrattivo e manifatturiero, per le femmine i settori più interessati sono invece quello della sanità, dei servizi, quello dell'impiego pubblico, il tessile, l'alimentare

e l'agricoltura, tradizionalmente più “femminilizzati”. L'analisi degli infortuni per qualifica professionale conferma questa distribuzione (**Figura 4.34**).

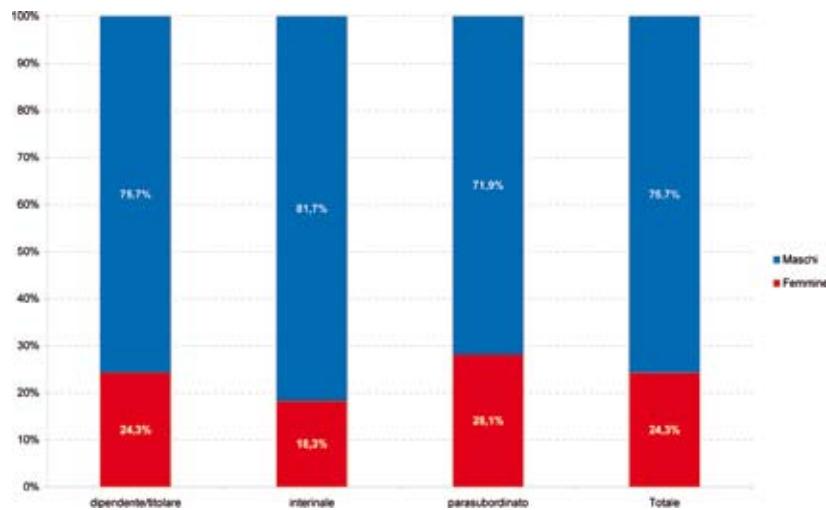
Figura 4.34
Distribuzione percentuale degli infortuni rispetto al genere nei diversi settori produttivi anni 2000-2011



Considerando l'orario di accadimento, per i maschi l'andamento è ciclico e risente di un'attività lavorativa a turni. Si innalza a fine giornata fino alle primissime ore del mattino, successivamente decresce, si innalza di nuovo a metà mattinata, decresce all'ora di pranzo, risale a metà pomeriggio per poi decrescere di nuovo alla sera. Per le donne l'andamento è diverso, si nota un progressivo incremento degli infortuni all'inizio della mattinata lavorativa con un picco attorno alle 13.00 seguito da una progressiva riduzione nel pomeriggio ed un nuovo innalzamento in serata. Ciò a dimostrazione di una tipologia contrattuale diversa fra maschi e femmine e di una diversa attività svolta dalle donne, più legata al part-time (impiego pubblico) e ad un orario prevalentemente mattutino (insegnanti) o all'impiego in attività serali (pulizie degli ambienti di lavoro, sanità). Esaminando gli infortuni in funzione del turno di lavoro e quindi anche per ora ordinale di accadimento. Gli infortuni femminili si concentrano nelle prime 5 ore lavorative a fronte di una più omogenea distribuzione dell'evento infortunistico tra gli uomini. Anche questo elemento potrebbe essere correlato con la maggiore diffusione di tipologie contrattuali in regime orario ridotto (part-time) tra le donne.

L'analisi degli infortuni per tipo di contratto (dipendente/titolare, parasubordinato, interinale) indica un progressivo incremento negli anni della percentuale di infortuni delle donne delle categorie dipendenti/titolari e parasubordinati, a differenza degli interinali dove sono nettamente prevalenti i maschi, in maniera sempre più evidente con il passare degli anni, probabilmente per la tipologia delle attività dove risultano diffusi i contratti di tipo interinale (industria manifatturiera in particolare) (**Figura 4.35**).

Figura 4.35
Distribuzione percentuale degli infortuni rispetto al genere per tipo di contratto, anni 2000-2011



Considerando poi solo gli infortuni “gravi”, questi risultano più frequenti per i maschi nel settore delle costruzioni, dei trasporti, dei servizi, della metalmeccanica e dell’agricoltura, e nelle femmine impiegate nei servizi, nella sanità, nell’agricoltura e nel commercio. Tuttavia, mentre nei maschi l’andamento negli anni di questo tipo di infortuni mostra un trend stazionario (in agricoltura) o in diminuzione (in tutti gli altri casi), nelle femmine il trend risulta stazionario o addirittura in aumento (servizi), soprattutto negli ultimi anni, a parte l’ultimo in cui è evidente anche in questo caso il decremento imputabile con ogni probabilità alla crisi economica, soprattutto nel settore dei servizi.

Pur con i limiti relativi alle fonti dei dati, soprattutto riguardo al denominatore, in Toscana, nell’arco di tempo considerato (2000-2011), si registra una sostanziale stabilità degli infortuni, anche gravi, tra le donne, a fronte di una diminuzione della loro incidenza negli uomini. Questa tendenza sembra indicare una progressiva convergenza dei tassi di infortunio nei due sessi, benché le differenze nei settori a maggior presenza maschile siano ancora notevoli. Evidente risulta ancora la differenza del diverso inquadramento contrattuale (più orientato verso il part-time nelle donne), come indicano le distribuzioni degli infortuni rispetto all’orario solare e ordinale di accadimento nei due sessi.

Bibliografia

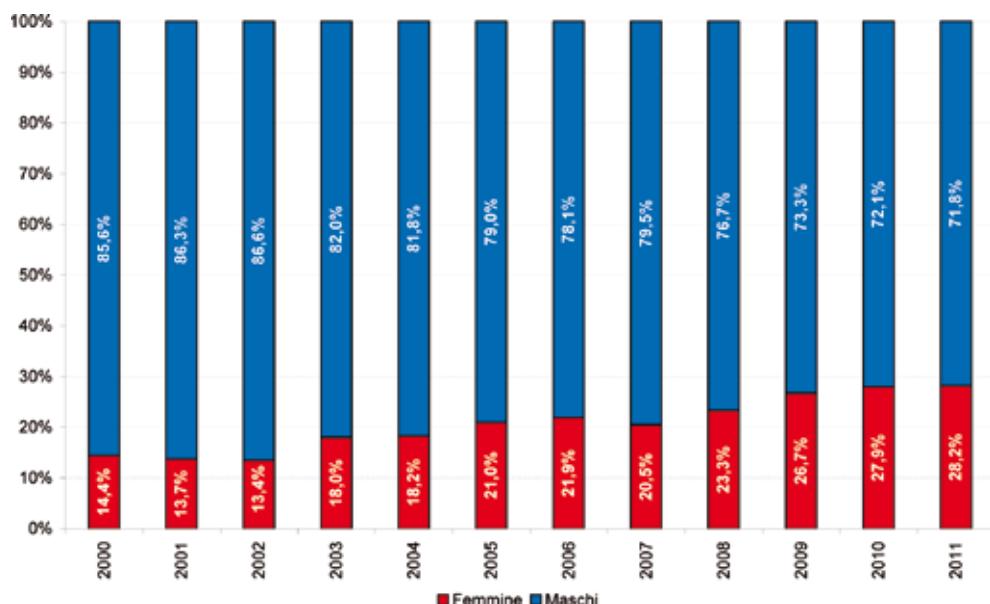
- Conti P. e Ninci A. (2011). Salute e sicurezza sul lavoro, una questione anche di genere. Disegno di Linee Guida e Primi Strumenti Operativi. Quaderno tematico della rivista degli infortuni e delle malattie professionali. Vol. 2. Tipografia INAIL. Milano.

4.9.2 Malattie professionali

Donatella Talini, Alberto Baldasseroni, Gianpaolo Romeo - CeRIMP, Regione Toscana

Se prendiamo in considerazione la percentuale di malattie professionali definite positivamente nelle femmine rispetto ai maschi, si nota un progressivo aumento percentuale delle malattie professionali nelle donne, evidente soprattutto negli ultimi anni (**Figura 4.36**).

Figura 4.36
Malattie professionali definite positivamente per anno e genere - Toscana, anni 2000-2011



Andando ad analizzare la distribuzione della tipologia di malattie professionali riconosciute dall'ente assicuratore nei maschi e nelle femmine nel periodo 2000-2011 in Toscana (**Tabella 4.26**), si evidenzia una chiara diversificazione dell'incidenza delle patologie in base al genere.

Se per le donne le malattie professionali più frequenti risultano le malattie muscolo-scheletriche e le malattie della pelle, per i maschi sono invece le ipoacusie da rumore, le malattie muscolo-scheletriche, le malattie della pelle e i mesoteliomi, l'asbestosi e la sindrome di Raynaud. Riguardo ai tumori professionali in genere, benché non presenti fra le patologie più frequenti nei due sessi, risultano scarsamente segnalati soprattutto nelle femmine rispetto ai maschi. Tale differente distribuzione di patologie nei due sessi potrebbe essere spiegabile, nel primo caso, col fatto che i lavoratori sono di solito adibiti ad attività più frequentemente associate a esposizione a rumore ed agenti chimici/cancerogeni, mentre le lavoratrici risultano più spesso impiegate in attività che comportano movimenti ripetitivi degli arti superiori, posture incongrue (manifattura, parrucchieri, addetti alle pulizie) e movimentazione manuale dei carichi (movimentazione pazienti in ambito sanitario, per esempio).

Riguardo alle patologie tumorali di per sé, la diversa distribuzione può essere dovuta a un'innegabile minor esposizione professionale ad agenti cancerogeni nelle femmine, data la tipologia di lavoro, ma probabilmente anche per una minore identificazione nelle donne della possibile associazione fra la patologia tumorale e la vita lavorativa. La precoce uscita dal mercato del lavoro delle femmine rispetto ai maschi, (molto frequente soprattutto fino a qualche tempo fa) a causa del *care giving* nei confronti di figli o anziani, costituisce, infatti, un ulteriore ostacolo alla ricostruzione del nesso causale in patologie tumorali che si caratterizzano per un periodo di latenza particolarmente lungo.

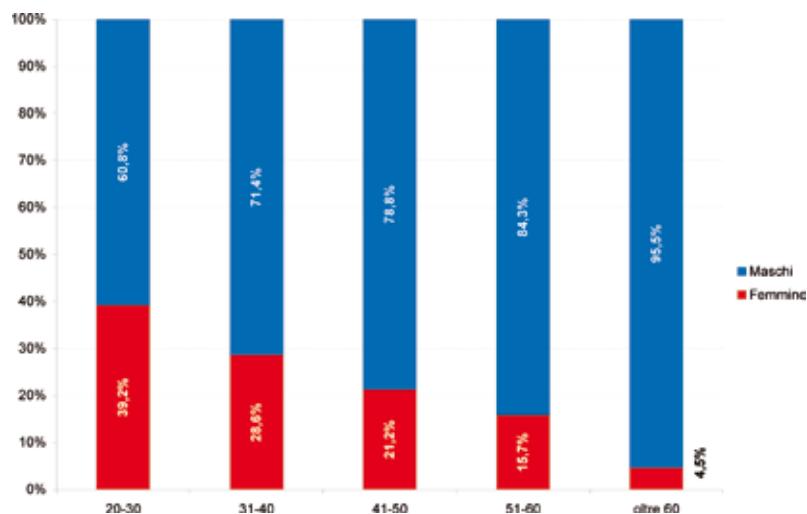
Esaminando le malattie professionali per fasce di età, come era prevedibile, queste risultano più numerose nella fascia di età dai 51-60 anni, soprattutto nell'ultimo periodo, fascia che fino ad oggi ha rappresentato l'epoca dell'uscita dal mondo del lavoro, sia per i maschi che per le femmine. È da rilevare, inoltre, come nelle femmine risultino scarse le malattie professionali nella fascia >60 anni, a differenza della categoria dei maschi in cui sono numerose le malattie professionali di questa fascia di età. Anche questo dato potrebbe trovare una parziale spiegazione in ragione delle modalità di partecipazione al mercato del lavoro che abbiamo visto essere differenziate in base al sesso, oltre che dalla maggiore frequenza nei maschi di patologie quali i tumori professionali, che si manifestano anche a distanza di diversi anni dall'esposizione (anche fino a trenta anni nei mesoteliomi) (**Figura 4.37**).

Tabella 4.26
Distribuzione delle differenti tipologie di malattie professionali definite positivamente nei due generi - Anni 2000-2011

Sesso	diagnosi	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Totale
F	Malattie dei tendini ed affezioni delle sinoviali, tendini	21	27	22	30	55	47	59	59	105	152	213	235	1.025
F	Affezioni dei muscoli, legamenti, aponeurosi e tessuti molli	13	9	21	25	31	36	28	38	70	107	217	275	870
F	Dermatite da contatto ed altri eczemi	38	35	25	40	24	28	25	31	23	25	19	19	332
F	Affezione dei dischi intervertebrali	3	2	3	7	13	14	8	26	60	66	97	97	299
F	Altre neuropatie periferiche	8	11	8	5	23	29	38	27	21	36	10	7	223
F	Artrosi ed affezioni correlate	2	6	6	5	4	9	6	12	24	28	14	18	134
F	Ipoacusia	8	3	14	9	6	6	6	3	7	3	4	2	71
F	Asma	6	8	7	8	8	2	3	5	5	5	6	6	69
F	Antropatie associate ad altre infezioni	1	1	2	1	6	19	4	2	2	5	3	6	52
F	Disturbo adattamento cronico			1	1	2	4	2	1	2	1	1	4	19
TOTALE		116	123	131	159	186	215	207	201	308	440	575	685	3.346
Sesso	diagnosi	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Totale
M	Ipoacusia	318	304	327	326	333	260	213	203	229	211	248	225	3.197
M	Affezione dei dischi intervertebrali	13	15	14	28	46	63	67	98	238	325	387	509	1.803
M	Malattie dei tendini ed affezioni delle sinoviali, tendini	21	23	27	30	55	55	64	93	132	218	290	453	1.461
M	Affezioni dei muscoli, legamenti, aponeurosi e tessuti molli	9	17	9	15	29	32	34	43	62	106	184	224	764
M	Dermatite da contatto ed altri eczemi	55	81	50	53	52	50	36	37	28	32	32	21	527
M	Placche pleuriche	5	19	26	33	61	24	35	56	56	81	65	65	461
M	Asbestosi	35	46	76	24	38	39	26	38	32	28	28	15	425
M	Tumore maligno della pleurra	19	23	34	25	31	33	37	33	26	39	26	31	357
M	Artrosi ed affezioni correlate	17	24	15	11	18	13	34	41	39	45	24	25	306
M	Sindrome di raynaud	24	21	27	12	29	22	30	26	23	38	22	22	296
TOTALE		690	773	845	726	834	810	739	781	1.014	1.207	1.483	1.745	11.647

Figura 4.37

Distribuzione percentuale per sesso delle malattie professionali nelle diverse fasce di età considerate, negli anni 2000-2011



È ormai noto che il progressivo aumento del numero di malattie professionali in toto nel corso degli anni, è un fenomeno legato, soprattutto in Toscana rispetto alle altre regioni, al massiccio incremento delle segnalazioni di patologie muscolo-scheletriche, ma con una differenza ben marcata tra uomini e donne: se tali patologie rappresentano a livello nazionale il 58% delle denunce maschili, questa percentuale supera addirittura l'85% per le donne (in particolare la sindrome del tunnel carpale che viene segnalata più fra le donne che fra gli uomini, 3.166 vs 2.495 in Italia). Tale incremento, evidente soprattutto dal 2008, in corrispondenza dell'introduzione di importanti modifiche normative in tema di tabelle di malattie professionali, indica sicuramente un'emersione di questa tipologia di malattie, in passato troppo spesso misconosciute o ascritte a patologie croniche aspecifiche. Questo sia per una maggiore sensibilità e attenzione al problema, date anche le istanze provenienti dagli altri paesi industrializzati, sia anche per una maggiore diffusione di linee-guida specifiche per l'individuazione della malattia. Non c'è certo da meravigliarsi, poi, se un incremento di questa tipologia di malattie professionali sia evidente soprattutto fra i lavoratori di sesso femminile, frequentemente impiegati nel settore manifatturiero, in quello dei servizi e nella sanità dove ampiamente diffusi sono i problemi legati ai movimenti ripetuti, alle posture incongrue o alla movimentazione dei carichi. Di contro, benché il numero dei tumori professionali segnalati e riconosciuti dall'ente assicuratore sia basso in entrambi i sessi, nelle donne ciò è particolarmente evidente. Ciò solo in parte può trovare una giustificazione nella maggiore presenza di cancerogeni nelle lavorazioni tipicamente maschili. Come già detto, il precoce allontanamento dal lavoro di molte donne, la loro discontinuità lavorativa, la

minor attenzione, rispetto ai maschi, ad una possibile associazione fra la patologia e il lavoro, associati alla frequente lunga latenza nell'insorgenza dei tumori, possono giocare un ruolo importante nella definizione del fenomeno.

4.7.3 Stress lavoro-correlato

Rodolfo Buselli - AOU Pisana

Fiorella Chiappi - Ordine degli psicologi della Toscana

Lo stress lavoro-correlato rappresenta in Europa uno dei principali rischi occupazionali per la salute sia per le donne che per gli uomini, ma sono le prime a denunciare in maniera maggiore disturbi dovuti a questo fenomeno rispetto ai secondi (Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro, 2004). Le donne sono occupate in attività come il pubblico impiego, i servizi e la sanità, dove ricorrono più frequentemente le condizioni di lavoro che favoriscono lo stress lavoro-correlato. Inoltre, in una maggioranza dei casi, le donne hanno contratti part-time che, se in termini di tempo possono costituire un minor rischio, tuttavia pongono la lavoratrice in una situazione di maggior precarietà e minor controllo sul proprio lavoro.

Con il decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e successive modificazioni si introduce l'obbligo di valutare, accanto agli altri rischi, lo stress lavoro-correlato. Sempre nell'articolo 29, lo stesso decreto impone, durante il processo di valutazione del rischio, di tenere conto anche delle differenze di genere. Lo stress lavoro-correlato e le differenze di genere rappresentano quindi due fra le novità più significative nella valutazione del rischio della recente normativa.

Il rischio di stress lavoro-correlato agisce attraverso vari e complessi meccanismi causali ed è attualmente difficile individuare una casistica omogenea da riferire a questo rischio perché il fenomeno, non prestandosi ad essere misurato come altri rischi tradizionali, rende anche la diagnosi di malattia professionale non facilmente correlabile alla misura del rischio aziendale.

Fra i fattori che svolgono un ruolo nello stress lavoro-correlato ve ne sono alcuni che rendono la condizione femminile particolarmente vulnerabile a questo rischio, come per esempio l'interfaccia casa-lavoro e il ricorso alle tutele per la lavoratrice madre.

All'interno della casistica degli effetti legati allo stress lavoro-correlato, le patologie dovute a situazioni di mobbing, che condivide con lo stress occupazionale alcuni meccanismi e terreni favorenti, sono il fenomeno più studiato. Anche lo stesso INAIL, nelle sue casistiche, precisa che la maggior parte delle patologie dovute a costrittività

organizzative (espressione che l'INAIL utilizza per indicare il rischio psicosociale in ambito lavorativo) sono da riferirsi a casi di mobbing.

Le informazioni che, con diverse prospettive, sono disponibili per il mobbing sono un'utile risorsa per fare luce su questo rischio emergente.

In letteratura esistono pochi studi sul tema specifico delle differenze di genere nel disagio psichico nei luoghi di lavoro. Alcuni rilevano una maggiore frequenza di violenza psicologica sulle donne: nella ricerca di Zapf D. et al. (2003) 1/3 delle vittime è di sesso maschile e 2/3 femminile, in quella di Bjorkqvist et al (1994) svolta su studenti universitari, abbiamo 61% di donne 39% di uomini; in una metanalisi condotta da Bosco e Salerno (2004) emerge che la percentuale di denunce presentate nei centri sul disagio e negli sportelli sindacali sia la stessa per maschi e femmine, tuttavia bisogna considerare che la percentuale di donne al lavoro nel nostro paese è circa del 31% contro il 62% dei maschi; quindi il fenomeno dovrebbe avere proporzioni maggiori nel sesso femminile.

Salin D. (2001), rilevando anch'egli differenze di genere, spiega questo dato come un'interazione di tre fattori: la maggiore esposizione ad azioni negative da parte delle donne, una minor percezione, da parte di queste, della possibilità di difendersi e una minore riluttanza a definire la loro esperienza come mobbing.

In uno studio effettuato presso il Centro per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione della patologia da disadattamento lavorativo di Milano (Cassitto M.G., 2005) si è rilevato come sia più frequente il mobbing di tipo "emozionale" perpetrato verso le donne, mentre verso gli uomini prevale un mobbing di tipo "strategico". Inoltre, il 5% delle donne esaminate ha riferito che la persecuzione ha fatto seguito al rifiuto di avance sessuali o alla loro denuncia e il 12% ha subito molestie sessuali nell'ambito delle vessazioni. In uno studio condotto da Campanini et al (2006), sempre presso il Centro di Milano, emerge come il fenomeno del mobbing, pur essendo più frequente in entrambi i sessi verso vittime di età superiore ai 35 anni, per le donne il rischio di essere soggette a mobbing aumenta maggiormente rispetto agli uomini tra i 34 e i 44 anni e successivamente diminuisce, mentre per gli uomini rimane elevato anche dopo i 55 anni. Inoltre emerge come le donne siano vessate più facilmente nelle imprese medio-piccole, al contrario degli uomini il cui numero aumenta con l'aumentare dei dipendenti dell'azienda. Le donne sembrano maggiormente attaccate sul piano emotivo e la situazione lavorativa può degenerare anche a causa di iniziali molestie sessuali. Risultati sovrappponibili sono stati ottenuti da uno studio più recente (Tonini et al., 2011).

Dobbiamo però precisare che non tutte le esperienze in letteratura riportano differenze di sesso riguardo a questo fenomeno: in alcuni studi, infatti, non sono state rilevate differenze significative nei due generi (Vartia M., 2001; Vartia e Hyyti, 2002).

La situazione toscana

All'interno dell'Unità operativa Medicina preventiva del lavoro dell'Azienda ospedaliero-universitaria Pisana opera, dall'inizio del 2002, un centro di secondo livello

di riferimento regionale che si occupa della diagnosi di malattia professionale da stress. Il centro raccoglie un bacino di utenza a livello nazionale, ma la maggior parte dei pazienti è di provenienza regionale costituendo, quindi, un buon osservatorio per gli effetti del rischio su questo argomento.

Ad oggi sono stati valutati clinicamente oltre 1.000 pazienti. Su questa casistica sono state fatte analisi in occasione della stesura di articoli (Buselli et al. 2006; Raimondi et al. 2009). Nel 2011, su una casistica di 580 pazienti esaminati nel centro, è stata realizzata una tesi di dottorato in psichiatria. Tutti questi pazienti sono stati sottoposti ad un rigoroso protocollo diagnostico e alla raccolta di numerose informazioni su situazioni demografiche e lavorative.

In funzione della diagnosi sono stati individuati in questa casistica due sottogruppi con diagnosi di DDA e disturbi dell'umore/ansia, il cui numero complessivo è di 275 pazienti, in cui i due generi sono equamente rappresentati. In questi gruppi sono stati analizzati alcuni aspetti relazionali della situazione lavorativa.

Sono stati indagati i comportamenti sul luogo di lavoro caratterizzati da intenzionalità lesiva attraverso un questionario elaborato dal Centro della Clinica del lavoro di Milano (Punzi et al. 2007) composto da 30 item rappresentanti le azioni vessatorie, suddivise in tre gruppi principali, che coprono l'area degli "attacchi alla persona" (es.: isolamento, offese, molestie sessuali, minacce), "attacchi alla situazione lavorativa" (es.: critiche continue, sovraccarico lavorativo, declassamento) e "azioni punitive" (es.: uso eccessivo e pretestuoso di visite medico-fiscali e contestazioni disciplinari). Le risposte forniscono un punteggio variabile da 0 a 2 (0= mai/quasi mai; 1= qualche volta; 2= spesso).

Il campione è stato diviso in due gruppi (donne vs uomini), all'interno dei quali è stata effettuata l'analisi della significatività statistica delle differenze di genere utilizzando il test "t di Student" (**Tabella 4.27**).

Tabella 4.27

Punteggio medio di alcune azioni vessatorie rilevate attraverso il questionario CDL dell'Università di Milano, su un campione di 275 soggetti (138 maschi, 137 femmine).

Azioni vessatorie	Femmine media*	Maschi media*	p-value
Emarginazione	1,71	1,53	<0.05
Umiliazione/Offesa	1,57	1,34	<0.05
Istigazione	1,52	1,17	<0.001
Critiche continue	1,53	1,31	<0.05

* 0= mai/quasi mai, 1=qualche volta; 2=spesso

Fra le azioni vessatorie più spesso lamentate, nell'area di "attacchi contro la persona", i comportamenti e gli atteggiamenti più frequentemente subiti risultano essere l'emarginazione (72,8%), l'umiliazione e l'offesa (62,5%), l'istigazione contro il soggetto (56,6%). Nelle donne, questi atteggiamenti sono significativamente più rappresentati

rispetto agli uomini (emarginazione, umiliazione-offesa, istigazione). Nell'area "attacchi alla situazione lavorativa" si osservano medie significativamente maggiori nelle donne per le critiche continue.

Dei 275 casi, esaminati nel periodo da gennaio 2005 a luglio 2010, 203 pazienti provengono dalla Toscana. Pur essendo una casistica contenuta, bisogna tenere conto che si tratta della valutazione clinica di effetti psicopatologici dello stress e che, in media, le patologie riconosciute dall'INAIL per questo rischio sono intorno al 13% su 500 casi denunciati all'anno (Buselli et al. 2012).

In questo nucleo della casistica che proviene dalla regione Toscana è possibile indicare alcune caratteristiche demografiche e della situazione lavorativa differenziate per genere. Andando ad esaminare i settori di provenienza dei pazienti, per le donne si tratta nel 33,7% di servizi e nel 21,2% della sanità; per gli uomini, invece, al primo posto si trovano sempre i servizi con una frequenza simile (34,3%), al secondo posto l'industria (23,2%), mentre la sanità è rappresentata dal 10,1%. Inoltre, per quanto riguarda le dimensioni aziendali, nella piccola impresa le donne sono rappresentate nella misura del 12,5%, mentre gli uomini solo del 2,0%. Questo può costituire una ulteriore conferma della situazione di particolare vulnerabilità che le donne vivono nelle situazioni di lavoro dove le tutele sono più deboli.

Andando ad analizzare, sempre nel gruppo toscano, la durata delle vessazioni, esiste una differenza fra i due sessi nella nostra regione: nel sesso maschile la media è di 5,3 anni, mentre in quello femminile è di 3,4 anni e la differenza è risultata statisticamente significativa ($p<0,05$).

Gli organismi internazionali e nazionali per la Prevenzione della salute e sicurezza dei luoghi di lavoro rivolgono un interesse crescente allo stress lavoro-correlato. Questa attenzione trova giustificazione anche nei dati emersi dallo scenario regionale. Le esperienze condotte in Toscana confermano l'esistenza di peculiarità proprie di genere, che richiedono un approfondimento sulle cause del fenomeno per la pianificazione di strategie preventive mirate alla tutela della salute delle lavoratrici rispetto a questo rischio professionale.

Bibliografia

- Buselli R., Gonnelli C., Moscatelli M., Cioni V., Guglielmi G., Gattini V., Foddis R., Magnani A., Ottenga F., Cristaudo A (2006). "Esperienza di un centro per lo studio dei riturbi da disadattamento lavorativo in tema di patologie mobbing correlate" Med.Lav;97,1:5-12.
- Buselli R., Bozzi S., Baldanzi S., Cristaudo A (2012)."Le patologie da stress lavoro correlato: peculiarità della diagnosi clinico eziologia" Pratica Medica e Aspetti Legali. Ed. Seed.

- Agenzia Europea per la Sicurezza e Salute sul Lavoro (2004). “Prospettive di genere applicate alla salute e sicurezza del lavoro. Stato dell’arte” edizione italiana.
- Bjorkqvist K., Osterman K., Hjelt-Back M.(1994) “Aggression among university employees”. *Aggressive behaviour*; 20:173-184.
- Bosco M.G., Salerno S. (2004) “Violenza morale (mobbing) nei luoghi di lavoro: analisi per una prevenzione organizzativa” *Med.Lav.*95,5:365-375.
- Campanini P., Punzi S., Carissimi E., Gilioli R., (2006) “Le differenze di genere nelle situazioni di mobbing”.*Med.Lav.*97,5:699-706.
- Cassitto M.G. (2005) “Esiste un mobbing di genere?” In “Le discriminazioni di genere sul lavoro dall’Europa all’Italia”.Roma: Ediesse.
- Punzi S., Cassitto M.G., Castellini G., Costa G., Gilioli R. (2007) “Le caratteristiche del mobbing e i suoi effetti sulla salute.L’esperienza della Clinica del Lavoro Luigi Devoto di Milano”. *Med. Lav.*98,4:267-83.
- Raimondi F. ”Disturbo dell’Adattamento in ambito professionale: caratteristiche generali e aspetti psicopatologici dello stress occupazionale” Tesi di Dottorato di Ricerca in Neurobiologia e Clinica dei Disturbi Affettivi. Università degli Studi di Pisa. Anno Accademico 2011.
- Raimondi F, Milani F, Sbrana A, et al. (2009). Psicopatologia e situazioni mobbizzanti. *Giornale Italiano di Psicopatologia*.
- Salerno, S., Bosco, M. G. and Valcella, F. (2002a), ‘Mental health and working environment in a group of public health service users’ (‘Salute mentale e ambiente di lavoro in un gruppo di utenti dei servizi pubblici di prevenzione’), *La Medicina del Lavoro* 93(4), pp. 329–337.
- Salerno, S., Bosco, M. G. and Figà-Talamanca, I. (2002b), ‘Stress in Italian working women’, Workshop SUW05, in Bildt, C., Gonäs, L., Karlqvist, L. and Westberg, H. (eds), *Women, work and health — IIrd international congress — Book of abstracts*, Arbetslivsinstitutet, Stockholm
- Salin D. (2001) “Prevalence and form of bullying among business professionals”. *Eur.J.Work Organizat.Psychol.* 10:425-441.
- Tonini Lanfranco A., Dellabianca A., Lumelli D., Giorgi I., Mazzacane F., Fusi C., Scafà F., Candura S.M. (2011): “Work-related stress and bullying: gender differences and forensic medicine issues in the diagnostic procedure”. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* 6:29
- Vartia M.(2001) ” Consequences of workplace bullying with respect to well-being of its targets and the observers of bullying”.*Scand.J.Work Environ.Health*; 27:63 -69.
- Vartia M., Hyyti J. (2002) “Gender difference in workplace bullying among prison officers”*Eur.Work Organizat.Psychol.*;11:113-126
- Zapf D., Einarsen S., Hoel H., Vartia M. (2003) “Empirical findings on bullying in the workplace”. In Einarsen S., Hoel H., Zapft D., Cooper CL. : *Bullying and emotional abuse in the workplace. International perspective in research and practice*. London-New York: Taylor and Francis.

I determinanti di salute del genere femminile nella prevenzione dello stress lavoro-correlato

Nella promozione della salute e nella prevenzione è preliminare la definizione dei fattori che influenzano lo stato di salute degli individui e delle comunità (determinanti di salute) al fine di valutare se, all'interno della popolazione, vi sia una diversa distribuzione. Il genere è uno di questi, assieme all'età, il patrimonio genetico, lo stile di vita e i relativi comportamenti, i fattori sociali che possono rivelarsi un vantaggio o uno svantaggio, le condizioni di vita e di lavoro, l'accesso ai servizi sanitari (OMS, 2008).

Se focalizziamo l'attenzione sul genere femminile in un'ottica di prevenzione psicosociale dello stress lavoro-correlato (SLC), possiamo individuare alcuni determinanti delle diseguaglianze di salute dei quali riportiamo i contenuti principali.

Sottovalutazione delle specificità del genere femminile: è prevalente un concetto di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro modulato sul maschile che ancora non tiene conto delle specificità biologiche, psicologiche e sociali proprie del genere femminile e della differente reazione stressante agli stessi stimoli nel contesto lavorativo (Ninci A., Conti P., 2011).

La violenza familiare e sul luogo di lavoro: le donne subiscono violenze familiari che incidono sul loro stato di salute e che influenzano la loro sicurezza lavorativa. Sono soggette, in misura maggiore rispetto agli uomini, a molestie e a mobbing nel mondo del lavoro e reagiscono all'aggressività altrui con livelli superiori di stress, anche se diversi a seconda dell'età (Brizendine L. 2007).

Il sovraccarico di lavoro: la pluralità di ruoli familiari - che aumenta i rischi di infortuni fra le mura domestiche, nel percorso lavoro/casa e nell'ambiente lavorativo (Ninci A., Conti P. 2011) - va correlato anche alla mancanza di servizi alla famiglia. Come ha evidenziato una recente ricerca (McKinsey & C. 2013), in Italia, per il supporto a famiglie, invalidi e poveri, è previsto solo il 25% della spesa pubblica (pari a € 1.800 pro-capite, rispetto a € 3.100 della Francia, 2.500 della Germania e 2.200 del Regno Unito), lasciando di conseguenza scoperti i bisogni di sicurezza sociale di gran parte della popolazione.

I rischi di uscita dal mercato del lavoro: le donne, più degli uomini, sono soggette all'uscita dal mercato del lavoro per motivi familiari. Il 27% delle donne che hanno cessato volontariamente il rapporto di lavoro, l'ha fatto a causa della maternità o della nascita di un figlio (14,9%), oppure per prendersi cura dei figli o di altre persone non autosufficienti (12,2%), mentre solo lo 0,5% degli uomini ha abbandonato il lavoro per occuparsi dei figli (ISTAT, 2011).

I motivi di queste differenze vanno ricercati anche nel nostro modello di welfare che, ancora oggi, attribuisce alle donne la responsabilità del lavoro di cura (Saraceno C., 2003) penalizzando il loro sviluppo lavorativo.

Il gap fra potenziale e occupazione, reddito ed evoluzione di carriera: molte donne non riescono a sfondare "il soffitto di vetro" (Bombelli M. C., 2000), quella condizione

in cui sembra di poter arrivare a fare carriera grazie alle proprie competenze, ma poi qualcosa arresta questo percorso. Secondo il rapporto *Donne ai vertici per istruzione ma non nell'economia e nella società* in Italia, su un totale di 124.574 dirigenti nel settore privato, 88,1% sono uomini e solo 11,9% donne. In Toscana, sempre nel settore privato, su un totale di 4.835 dirigenti, il 91,1% sono uomini e l'8,9% donne (Manageritalia, 2011).

Nel convegno “Oltre il soffitto di vetro. Problematiche e nuove opportunità per le carriere femminili” (20 novembre 2012) il gruppo dell’Associazione italiana formatori (AIF) Toscana “Agio & Disagio di Genere”, in collaborazione con Lab. TSaRSE dell’Università degli Studi di Firenze, ha presentato l’indagine “Oltre il soffitto di vetro” (Chiappi, 2012) indagata nella quale è analizzata la percezione dei fattori che vengono vissuti come ostacoli e fonti di stress (Chiappi F, 2012). Per le donne intervistate esistono vincoli esterni (**Tabella 4.28**) e soggettivi (**Tabella 4.29**).

Tabella 4.28**I vincoli oggettivi allo sviluppo di carriera**

57%	Mancano adeguati servizi per bambini e anziani
56%	La maternità diventa un elemento di penalizzazione della carriera femminile
55%	Nelle famiglie il lavoro di cura ricade troppo sulle donne
54%	Gli orari di lavoro non tengono conto della vita familiare e personale
45%	Le nomine vengono fatte da dirigenti uomini che privilegiano gli uomini
37%	Gli uomini non accettano una dirigente donna
35%	Le donne ostacolano la carriera delle altre donne

Tabella 4.29**I vincoli soggettivi allo sviluppo di carriera**

44%	Molte sono troppo insicure e si sottovalutano
43%	Tante vivono il fare carriera come non adatto ad una donna, soprattutto se madre
41%	Spesso si mettono al servizio degli uomini, vivendo più in ombra che con ruoli di visibilità
39%	Le donne hanno una visione troppo ideale del mondo del lavoro, per cui soffrono troppo per qualsiasi comportamento altrui percepito come scorretto
35%	Non sanno fare il gioco di squadra con le altre donne
34%	Non sanno battersi per l’evoluzione della loro carriera: rinunciano o si lanciano in modo inadeguato contro l’avversario
25%	Non riescono a gestire lo stress che procurano le continue critiche a chi dirige

Strumenti per la prevenzione dello stress lavoro-correlato in un’ottica di genere

Un’azione preventiva in merito allo SLC in un’ottica di genere prevede una complessità di interventi a vari livelli. Fra questi ricordiamo i principali.

Approcci di valutazione dello SLC che tengano conto delle differenze di genere: nella valutazione dello SLC di primo e secondo livello va prevista la lettura dei dati diversificata per genere e l'utilizzo di check list, questionari, focus group che tengano conto della specificità di genere.

Il problema del sovraccarico di lavoro: la riduzione del sovraccarico femminile richiede un cambiamento culturale da attuare investendo in percorsi educativi per le nuove generazioni che consentano lo sviluppo di una cultura familiare coerente con il contesto sociale e lavorativo della nostra epoca.

L'innovazione organizzativa: per accogliere i nuovi orientamenti in materia di SLC e genere ci vogliono nuove consapevolezze e valori, fra cui il *gender balance* (equilibrio tra i generi). Secondo le ricerche della McKinsey & Company, le aziende europee con un maggior numero di donne nelle posizioni dirigenziali conseguono migliori risultati dei competitor sul fronte qualitativo e finanziario, compresa una crescita del prezzo delle azioni. I motivi del successo di queste aziende viene individuato nel fatto che ogni genere tende a privilegiare alcuni approcci, con relativi possibili vantaggi e svantaggi per l'azienda. Gli uomini risultano più orientati sul compito, ma spesso per fare questo evitano i problemi collaterali e le possibili ed utili informazioni critiche. Le donne tendono a consultare e a coinvolgere più persone, a raccogliere moltissimi input, ma anche a correre il rischio di usare tempi eccessivi per le decisioni. La combinazione di donne e di uomini porta a ridurre gli svantaggi e ad aumentare i vantaggi (d'Ambrosio Marri L e Mallen M, 2012).

Un altro approccio organizzativo che favorisce i percorsi di carriera per entrambi i generi è il *diversity management* (Biancheri et al., 2012) che si occupa di sviluppare l'attenzione alle differenze di ogni tipo: culturali, di genere, di orientamento sessuale, di stili di leadership ecc.

Diverse aziende, in Italia, si sono poste il problema di sopperire alla mancanza di un welfare che tenga conto dei bisogni di donne e di uomini. Una ricerca nazionale di McKinsey & Company del 2013 ha mostrato che questo “welfare sussidiario” è anche fonte di numerose opportunità per le imprese: aumenta la produttività, contiene i costi e permette di rivedere le politiche retributive.

Ad esempio, può portare ad assenze più brevi per maternità (1,6 mesi, pari a € 1.200 di minori costi per dipendente), per assistenza agli anziani (15% pari circa a € 1.350 all'anno) e alla disponibilità a lavorare di più (+5%, pari a poco meno di mezz'ora in una giornata di 8 ore).

L'indagine ha mostrato anche che queste tipologie di welfare incidono efficacemente sulla produttività, quando l'attivazione dei servizi è preceduta da un'analisi approfondita dei bisogni della popolazione aziendale. Bisogni che risultano essere diversi a seconda delle fasi del ciclo di vita: orari flessibili e servizi “salva-tempo” a vent'anni, asili aziendali (o in convenzione) e part-time a trenta, congedi parentali e part-time a quaranta, orari flessibili e assistenza anziani a sessanta.

Il ruolo della formazione: una risorsa strategica per la prevenzione dei rischi da SLC è la formazione funzionale alla promozione in azienda del benessere organizzativo (Avallone F., Paplomatas A., 2005), con un'ottica che tenga conto delle specificità legate alle differenze, fra cui quelle di genere.

Per creare contesti ricettivi all'ascolto delle diversità, sono efficaci i percorsi finalizzati a sviluppare le *life skills* proprie dell'intelligenza emotiva, in quanto lo stress è uno stato soggettivo in cui è rilevante la percezione di un senso di inadeguatezza rispetto al compito da svolgere, alle relazioni ecc.

In una logica di prevenzione è strategica anche la formazione rivolta a soli gruppi di donne. In questo caso è importante lavorare per il rafforzamento dell'autostima femminile e la destrutturazione di alcuni stereotipi di genere che inducono stati soggettivi di inadeguatezza e ostacolano l'espressione delle energie, vincolandole in ruoli marginali.

L'acquisizione di strategie di coping: altre azioni efficaci a supporto della gestione e della prevenzione dello stress possono essere portate avanti con percorsi di formazione e di counseling organizzativo che consentano di acquisire le strategie psicologiche di coping⁴¹. Queste risultano necessarie per gestire i momenti di stress e superare quel senso di inadeguatezza o di impossibilità a rispondere alle richieste, che caratterizza la soggettività delle persone che più facilmente di altre vivono stati di stress.

Molti sono gli autori che hanno esaminato le strategie di coping. Fra questi ricordiamo Lazarus e Folkman (1984), secondo i quali il *coping* è un tentativo per far fronte al problema attraverso attività cognitive ed emotive, oppure Albert Bandura (1997) con la sua teoria dell'autoefficacia, secondo la quale gli individui che si percepiscono efficaci tendono a reagire più positivamente agli eventi stressanti di quanto non facciano le persone che si percepiscono come poco efficaci. Interessante risulta anche l'approccio di Erica Frydenberg (2000) che ritiene che le strategie di coping siano la risultante dell'interazione fra alcuni elementi del contesto, il modo in cui questi vengono percepiti e lo stile di personalità. L'autrice elenca delle strategie di coping improduttive, come pensare pessimisticamente facendo anticipazioni negative di ciò che accadrà; chiudersi in se stessi; rifiutare il problema ignorandolo; avere un pensiero illusorio o auto colpevolizzante, e strategie produttive fra cui individuare gli aspetti positivi della situazione, ricercare situazioni rilassanti (fare sport, guardare la TV, uscire con gli amici, ecc), chiedere un aiuto professionale o altri tipi di sostegno sociale e spirituale. In questo approccio il *distress*, ovvero quanto stimola reazioni di malessere, viene fortemente bilanciato non solo con consapevolezze e strategie cognitive, ma anche con la ricerca attiva da parte del soggetto di momenti di *eustress*, vale a dire di situazioni in cui la

⁴¹ Dall'inglese "to cope" che in italiano può essere tradotto come "farcela, essere all'altezza, imparare a cavarsela".

persona può vivere momenti di benessere con relativo senso di rigenerazione psico-fisica. Abitudine, questa, salutare per molte donne che tendono a sovraccaricarsi di eccessivi oneri e responsabilità.

Bibliografia

- Avallone F., Paplomatas A., (2005) Salute Organizzativa, Raffaello Cortina, Milano.
- Bandura A., (1997), Autoefficacia: teoria e applicazioni, Edizioni Erickson, Trento, 2000.
- R. Biancheri(a cura di),(2008) *La dimensione di genere nel lavoro. Scelte o vincoli nel quotidiano femminile*, Plus University Press, Pisa.
- R. Biancheri(a cura di), (2009) *Tempi di vita e welfare. Verso un sistema territoriale della conciliazione*, Plus University Press, Pisa,
- R. Biancheri (a cura di), (2012) *La rivoluzione organizzativa. Differenze di genere nella gestione delle risorse umane*, Plus University press, Pisa.
- Bombelli M. C., (2000) Soffitto di Vetro e dintorni, ETAS , Milano.
- Bombelli M. C., (2011) Alice in business land,Guerini E associati, Milano.
- Bombelli M. C. (2010) Management plurale, ETAS, Milano.
- Brizendine L. (2007) Il cervello delle donne, BUR Rizzoli, Milano.
- Chiappi F. (2012) Il ruolo della Formazione nello sviluppo delle carriere femminili, AIF, Learning News, Dicembre 2012, Anno IV, N. 12
- Conti, P. a cura di (2009), *Genere e stress lavoro-correlato: due opportunità per il "Testo Unico". Verso l'elaborazione di linee guida*. Tipolitografia Inail, Milano.
- Cozza, M., Gennai F. (2009). *Il Genere nelle Organizzazioni*. Le Bussole, Carocci, Roma.
- d'Ambrosio Marri L., Mallen M. (2012) *Effetto D*, FrancoAngeli, Milano.
- Favretto, G.(1994). *Lo stress nelle organizzazioni*. Il Mulino, Bologna.
- Frydenberg E, Lewis R (1996). What concerns young people and how they cope. Peace and Conflict. *Journal of Peace Psychology*, 2(3), 271-283.
- Frydenberg E (2000), *Far fronte alle difficoltà*, Giunti OS, Firenze.
- Goleman D. (2000) Intelligenza emotiva al lavoro, Bompiani, Milano.
- Istituto nazionale di statistica - ISTAT (2011). Rapporto annuale La situazione del Paese nel 2010.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. McGraw Hill, New York.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York:

Springer.

- McKinsey & Company (2013), Il welfare sussidiario: un vantaggio per aziende e dipendenti:
- http://www.mckinsey.it/storage/first/uploadfile/attach/143539/file/sintesi_ricerca_mckinsey_il_welfare_sussidiario.pdf
- Manageritalia (2011), Rapporto *Donne ai vertici per istruzione ma non nell'economia e nella società*:
- http://www.manageritalia.it/content/download/Informazione/Comunicati/CS_Manageritalia_8_marzo_2011.pdf
- Menditto M. (2004), Autostima al femminile, Erickson, Trento.
- Molfino F. (2006) Donne, Politica e Stereotipi, Baldini Cataldi Dalai editore, Milano
- Ninci, A., Conti, P. (2011) (a cura di), *Salute e sicurezza sul lavoro, una questione anche di genere. Disegno di linee Guida e primi strumenti operativi*. Quaderno della Rivista degli Infortuni e delle Malattie Organizzazione mondiale della sanità – OMS (2008) *Closing The Gap in a Generation. Health equity through action on the social determinants of health*. Commission on Social Determinants of Health. Professionali (1), Tipolitografia INAIL, Milano.
- Saraceno C. (2003) Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia, Il Mulino.
- Salvato A., Chiappi F., Aristelli G. (2011) La salute delle donne, Spi CGIL Toscana Ires, Firenze.

4.9.4 Patologie da stress

Silvia Maffei, Cristina Vassalle - CNR, Fondazione toscana “G. Monasterio”, Pisa

Lo stress è un processo dovuto alla difficoltà di adattamento alle sollecitazioni ambientali (*stressors*), che dà luogo a modificazioni biologiche e/o psicologiche avverse (Cuadros JL, 2012). Stress ed emozioni sono strettamente correlati, infatti stress e ansia spesso coesistono (Endler NS. 2001). Tuttavia, queste variabili costituiscono anche individualmente un fattore prognostico per mortalità, morbidità e rischio di patologie (WHO 2004; Wilkins K 2006; Nielsen NR 2008).

Le differenze interindividuali nella risposta fisiologica allo stress sono importanti determinanti di salute, seppur difficili da valutare per l'eterogeneità e la presenza di fattori di rischio individuali che possono influenzare le risposte biologiche (Kajantie E 2006; Rivera-Torres P 2013).

Molti studi hanno dimostrato il legame fra stress e alcune comuni patologie, come malattia cardiovascolare (CV), diabete, sindrome metabolica, depressione (Stoney

1990; Schobel 1996; Phillips 1998, 2000; Heim, 2000; Yang 2000; Kajantie 2002, 2003; Tsigos 2002; Treiber 2003; Kreier 2003; Schwartz 2003; Brown 2004). Lo stress occupazionale può coinvolgere negativamente il benessere generale, correlando con patologie muscoloscheletriche (Leino P 1989; Houtman I 1994; Schleifer L.M 2002), cardiovascolari (Johnson JV1988; Lalluka . 2009), ansia, depressione (Folkman S 1986; Sanne B 2005; Wang J 2009), “burnout” (Ferrer R 2002; Bakker AB 2004; Melia JL 2007; Martinez M 2009), insonnia (Gadinger M 2009; Nomura K 2009), e avere anche importanti effetti sul rendimento, sulla creatività (Talbot R 1992), produttività (Donald I 2005), capacità di innovazione (Janssen O 2000; Martín JM 2007), impegno (Schaufeli W 2004) e leadership (Smith M 1994; Lovelace K 2007).

Lo stress psicosociale e lavorativo rappresenta un fattore di rischio di patologia nei due sessi, in particolare nelle donne che, partecipando sempre più al mondo del lavoro, hanno adottato stili di vita insani e alcune abitudini tipicamente maschili, come il fumo. Esistono differenze di genere nella risposta allo stress, agli stati emozionali e alle strategie di *coping* (capacità di gestire situazioni stressanti) (Matud M 2004; Hofer A 2006; Glaser R 1999; Mercadillo RE 2011). Infatti, i disturbi del sonno sono molto significativi nella gravidanza e nella menopausa (Fernández-Alonso A 2012; Phillips BA 2008; Arakane M 2011). Per lo stress lavoro-correlato, le donne manifestano più disturbi del sistema nervoso centrale come depressione, ansia e malattie psicosomatiche, mentre gli uomini manifestano più patologie cardiovascolari (Goncalves L 2008; Middleton N 2001; Wall, TD 1996; Burke R1992; Dupré D 2002).

Alterazioni del sonno, ansia e depressione

L'esposizione a un ambiente di lavoro a elevato carico (elevata domanda/minimo controllo) si associa a disturbi del sonno, ed è stata rilevata difficoltà di addormentamento e ridotta vigilanza psicomotoria soprattutto nei lavoratori turnisti (Smith PM 2004). L'esposizione ad ambiente a basso carico (bassa domanda/elevato controllo) si associa, invece, a una migliore qualità del sonno e minori livelli di affaticamento. Il passaggio da maggior a minor carico migliora sia la qualità del sonno che l'affaticamento e viceversa (Wang J 2012; Kerstedt 2007). Il carico di lavoro e le sue componenti sono correlati al rischio di depressione (Smith PM 2004; Stansfeld SA 2012; Smith PM 2012). Stress lavorativo, squilibrio sforzo-ricompensa, precarietà del lavoro, e conflitti lavoro/famiglia sono fattori di rischio per l'insorgenza di *disturbo depressivo maggiore* (Wang J 2012). La percezione dello stress risulta inversamente correlata all'autostima e direttamente allo stress da lavoro e alla depressione (Lee JS 2013). I cambiamenti nelle esigenze psicologiche del lavoratore, più che cambiamenti nel controllo del lavoro, sembrano avere maggior peso nell'insorgenza della malattia depressiva (Smith PM 2004).

Patologia cardiovascolare

I valori della pressione sistolica e la registrazione della pressione arteriosa (PA) delle 24 ore risultano più elevati durante l'orario di lavoro (Gerber LM 1999; Schwartz JE 1994;

Pieper C 1993; Pickering TG 1997). Valori elevati di PA sono stati osservati anche per turni di lavoro lunghi (Hayashi T 1996; Iwasaki K 1998; Landsbergis PA 2013b), squilibrio sforzo/ricompensa, (Vrijkotte TG 2000) lavoro di vigilanza/sicurezza e soprattutto guida professionale (Belkić K 1994; Greiner BA 2004). Il controllo della PA da elevato carico dovrebbe permettere la riduzione/prevenzione della malattia CV sul lavoro (Landsbergis PA 2013a).

Lo stress lavoro-correlato è associato anche a un incremento del rischio di aterosclerosi (Nyberg ST 2013), e la disfunzione endoteliale è stata correlata allo stress provocato da prolungati turni notturni in operatori sanitari (Tarzia P 2012; Kubo T 2011). Lo stress lavorativo può aumentare il rischio di un primo evento coronarico, e la ricorrenza di patologia ischemica dopo un primo infarto, soprattutto nelle donne (Aboa-Eboulé C 2007; Aboa-Éboulé C 2011). I fattori di rischio cardiovascolari associati a stress lavoro-correlato sono perlopiù il diabete e uno stile di vita malsano (fumo, dieta, inattività fisica, ecc) (Nyberg ST 2013). La malattia coronarica è più frequente nei lavoratori con elevato carico e stile di vita malsano e dimezzata in coloro che hanno lo stesso carico ma stile di vita salutare (Kivimäki M 2013; Kivimäki M 2012). Sia lo stress in generale che quello lavorativo sono una causa di sindrome metabolica, noto fattore di rischio CV (Edwards EM 2012).

Cancro

Il legame fra cancro e stress non è chiaro (Pant S 2009). Per alcuni esiste un piccolo incremento di rischio di tumore mammario nelle donne soggette ad un eccessivo carico di lavoro (Kuper H 2007), per altri no (Nielsen NR 2008). Una recente metanalisi sullo stress lavoro-correlato e rischio di cancro, in una popolazione di 116.000 uomini e donne (17-70 anni) seguiti per 12 anni, non ha evidenziato una chiara associazione fra livelli di carico di lavoro e rischio di cancro (colon-retto, mammario, polmonare e prostata) (Heikkilä K 2013).

Effetti biologici

Ad un eccesso di carico di lavoro cronico è correlato l'aumento del clima ossidativo e dei radicali liberi, danno al DNA e attivazione di meccanismi di invecchiamento precoce e morte cellulare, in particolare nelle donne (Takaki J 2013; Lin J 2012).

La valutazione della lunghezza dei telomeri (parte terminale dei cromosomi) è un indicatore di stress ossidativo e danno al DNA, associato ad arresto di crescita fino a senescenza ed apoptosi della cellula (Chan SR 2004). Lo stress cronico sia psicosociale che lavoro-correlato si accompagna alla presenza di telomeri più corti (Parks 2011). Gli operatori sanitari e i familiari addetti alla cura di bambini affetti da malattie croniche e donne con elevati livelli di stress lavorativo (lavoro full-time, o eccessivo carico) hanno telomeri più corti (Epel ES 2004; McEwen BS 1998; Ahola K 2012).

Diverse variabili legate allo stress da lavoro - alto carico di lavoro, basso controllo, insoddisfazione lavorativa, disoccupazione, recessione economica – possono avere

un impatto negativo sul sistema immunitario, con riduzione dell'attività delle cellule NK, del numero di cellule NK e T, del rapporto CD4+/CD8+, e di diversi parametri infiammatori (Nakata A 2012).

Stress da lavoro e *burnout* sono risultati associati a incremento di citochine e proteina C reattiva (Hänsel A 2010; Hapuarachchi JR 2003).

Lo stress è una reazione di difesa, di protezione neuroendocrina con ripercussioni su tutti gli organi ed apparati, dunque fisiologica; quando la reazione è intensamente e prolungatamente stimolata diviene "patologica".

Il carico da lavoro rappresenta un fattore di rischio per malattia depressiva, cardiovascolare e cardio-metabolica. La relazione fra stress lavoro-correlato e neoplasie non è chiara, tuttavia la presenza in letteratura di alcune correlazioni, rende necessari ulteriori studi.

Provvedimenti di prevenzione o contenimento dello stress sul luogo di lavoro e l'adozione di stili di vita sani costituiscono una valida strategia di prevenzione primaria dei fattori di rischio e della patologia cardiovascolare e depressiva (Stansfeld SA, 2012).

Diversi indicatori di stress ossidativo, infiammazione, e sistema immunitario possono essere valutati per consolidare la diagnosi di stress psicosociale nella popolazione generale e occupata. Tuttavia, una misura affidabile non esiste, soprattutto per l'ampia variabilità di risposta allo stress intra- ed inter-individuale. Di qui la difficoltà di condurre studi che mostrino una relazione causa/effetto fra stress e malattia. Andranno poi studiate le differenze di risposta nei due sessi e i meccanismi biologici che le sottendono, che influenzano in maniera significativa la reazione agli *stressors*.

Bibliografia

- A°kerstedt, T.(2006). Psychosocial stress and impaired sleep. Scand. J. Work Environ. Health, 32: 493–501.
- A°kerstedt, T., Kecklund, G. and Gillberg, M.(2007). Sleep and sleepiness in relation to stress and displaced work hours. Physiol. Behav.92: 250–255.
- Aboa-Éboulé C, Brisson C, Maunsell E, Bourbonnais R, Vézina M, Milot A, Dagenais GR. (2011) Effort-reward imbalance at work and recurrent coronary heart disease events: a 4-year prospective study of post-myocardial infarction patients Psychosom Med. Jul-Aug;73(6):436-47.
- Aboa-Eboulé C, Brisson C, Maunsell E, Mâsse B, Bourbonnais R, Vézina M, Milot A, Thérioux P, Dagenais GR (2007) Job strain and risk of acute recurrent coronary heart disease events. JAMA. Oct 10;298(14):1652-60
- Ahola K, Sirén I, Kivimäki M, Ripatti S, Aromaa A, Lönnqvist J, Hovatta I (2012).Work-related exhaustion and telomere length: a population-based study. PLoS One.;7(7):e40186.
- Arakane M, Castillo C, Rosero MF, Peñafiel R, Pérez-López FR, Chedraui

- P (2011). Factors relating to insomnia during the menopausal transition as evaluated by the Insomnia Severity Index. *Maturitas*;69:157–61
- Bakker, A.B. Demerouti, E. Verbeke, W. (2004). Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. *Hum. Resour. Manage.*, 43, 83–104.
 - Belkić K, Savić C, Theorell T, Rakić L, Ercegovac D, Djordjević M (1994). Mechanisms of cardiac risk among professional drivers. *Scand J Work Environ Health*.20(2):73-86.
 - Brown, E.S., Varghese, F.P., McEwen, B.S., (2004). Association of depression with medical illness—does cortisol play a role? *Biol. Psychiatry* 55, 1–9.
 - Burke, R. (2002). Work stress and women's health: Occupational status effect. *J. Bus. Ethics*, 37,91–102.
 - Cassidy A, De Vivo I, Liu Y, Han J, Prescott J, Hunter DJ, Rimm EB. (2010) Associations between diet, lifestyle factors, and telomere length in women. *Am J Clin Nutr.* May;91(5):1273-80.
 - Chan SR, Blackburn EH (2004) Telomeres and telomerase. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 359: 109–121.
 - Cuadros JL, Fernández-Alonso AM, Cuadros-Celorrio AM (2012). Perceived stress, insomnia and related factors in women around the menopause. *Maturitas*. Aug;72(4):367-72.
 - De Lange AH. Kompier MJ. et al. (2009) A hard day's night: a longitudinal study on the relationships among job demands and job control, sleep quality and fatigue. *European Sleep Research Society, J. Sleep Res.*, 18, 374–383
 - Donald, I.; Taylor, P.; Johnson, S.; Cooper, C.; Cartwright, S.; Robertson, S (2005). Work environments, stress, and productivity: An examination using ASSET. *Int. J. Stress Manage.*, 12, 409–423.
 - Dupré, D. Theme 3: Population and Social Conditions. (2002). In *The Health and Safety of Men and Women at Work, Statistics in Focus*; The Publications Office of the European Union: Luxembourg.
 - Edwards EM, Stuver SOet al. (2012) Job strain and incident metabolic syndrome over 5 years of follow-up: the coronary artery risk development in young adults study. *J Occup Environ Med.* Dec;54(12):1447-52.
 - Endler NS, Kocovski NL(2001). State and trait anxiety revisited. *Journal of Anxiety Disorders*;15:231–45.
 - Epel ES, Blackburn EH, Lin J, et al (2004). Accelerated telomere shortening in response to life stress. *Proc Natl Acad Sci U S A.*; 101:17312–15.
 - Fernández-Alonso A, Trabalón-Pastor M, Vara C, Chedraui P, Pérez-López FR, for The MenopAuse RIrisk Assessment (MARIA) Research Group (2012). Life satisfaction, loneliness and related factors during female midlife. *Maturitas*;72: 88–92.
 - Ferrer, R (2002). Burnout o síndrome de desgaste profesional. *Med. Clin. (Barc)* 119, 495–496.

- Folkman, S.; Lazarus, R. (1986). Stress processes and depressive symptomatology. *J. Abnormal Psychol.* 95, 2, 107–113.
- Gadinger, M. Fischer, J. Schneider, S. Fisher, G. Frank, G. Kromm, W. (2009) Female executives are particularly prone to the sleep-disturbing effect of isolated high-strain jobs: A cross-sectional study in German-speaking executives. *J. Sleep Res.*, 18, 229–237.
- Garcí'a-Bueno B, Caso JR, Leza JC (2008) Stress as a neuroinflammatory condition in brain: damaging and protective mechanisms. *Neurosci Biobehav Rev* 32: 1136–1151.
- Gerber LM, Schwartz JE, Schnall PL, Devereux RB, Warren K, Pickering TG (1999). Effect of body weight changes on changes in ambulatory and standardized non physician blood pressures over three years. *Ann Epidemiol.* 9(8):489---497.
- Glaser R, Kiecolt-Glaser JK, Marucha PT, MacCallum RC, Laskowski B, Malarkey WB(1999). Stress-related changes in proinflammatory cytokine production in wounds. *Archives of General Psychiatry*;56:450–6.
- Goncalves, L.; Feldman, L. (2008). Estrés laboral, variables sociodemográficas y salud en los profesionales venezolanos. *Rev. Psicol. Gen. Apl.*, 61, 341–356.
- Greiner BA, Krause N, Ragland D, Fisher JM (2004). Occupational stressors and hypertension: a multi-method study using observer-based job analysis and selfreports in urban transit operators. *Soc Sci Med.*;59(5):1081-1094.
- Hänsel A, Hong S, Cámara RJ, von Känel R (2010). Inflammation as a psychophysiological biomarker in chronic psychosocial stress. *Neurosci Biobehav Rev*. Sep;35(1):115-21.
- Hapuarachchi JR, Chalmers AH, Winefield AH, Blake-Mortimer JS (2003). Changes in clinically relevant metabolites with psychological stress parameters. *Behav Med. Summer*;29(2):52-9.
- Hayashi T, Kobayashi Y, Yamaoka K, Yano E (1996). Effect of overtime work on 24-hour ambulatory blood pressure. *J Occup Environ Med.*;38(10):1007-1011.
- Heikkilä K, Nyberg STet al. IPD-Work Consortium. (2013) Work stress and risk of cancer: meta-analysis of 5700 incident cancer events in 116,000 European men and women. *BMJ*. Feb 7;346:f165. doi: 10.1136/bmj.f165.
- Heim, C., Ehlert, U., Hellhammer, D.H (2000). The potential role of hypocortisolism in the pathophysiology of stress-related bodily disorders. *Psychoneuroendocrinology* 25, 1–35.;
- Hofer A, Siedentopf CM, Ischebeck A, et al (2006). Gender differences in regional cerebral activity during the perception of emotion: a functional MRI study. *NeuroImage*;32:854–62.
- Houtman, I.; Bongers, P.; Smulders, P.; Kompier, M. (1994). Psychosocial stressors at work and musculoskeletal problems. *Scand. J. Work Environ. Health*, 20, 139–145.
- Iwasaki K, Sasaki T, Oka T, Hisanaga N (1998). Effect of working hours on

- biological functions related to cardiovascular system among salesmen in a machinery manufacturing company. *Ind Health.*;36(4):361-367.
- Janssen, O. (2000). Job demands, perceptions of effort-rewards fairness and innovative work behavior. *J. Occup. Organ. Psychol.*, 73, 287–302.
 - Johnson, J.V. Hall, E.M. (1988). Job Strain, workplace social support and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Amer. J. Public Health*, 78, 1336–1342.
 - Kajantie E., Phillips D.I.W. (2006) The effects of sex and hormonal status on the physiological response to acute psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology* 31, 151–178.
 - Kajantie, E., Dunkel, L., Turpeinen, U., Stenman, U.H., Wood, P.J., Nuutila, M., Andersson, S., (2003a). Placental 11bhydroxysteroid dehydrogenase-2 and fetal cortisol/cortisone shuttle in small preterm infants. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 88, 493–500.
 - Kajantie, E., Phillips, D.I.W., Andersson, S., Barker, D.J.P., Dunkel, L., Forse'n, T., Osmond, C., Tuominen, J., Wood, P.J., Eriksson, J., (2002). Size at birth, gestational age and cortisol secretion in adult life: fetal programming of both hyper and hypocortisolism? *Clin. Endocrinol. (Oxf.)* 57, 635– 641.
 - Kivimäki M, Nyberg ST ei al. (2012). Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet*. Oct 27;380(9852):1491-7.
 - Kivimäki M, Nyberg ST, Fransson EI, Heikkilä K, IPD-Work Consortium. (2013). Associations of job strain and lifestyle risk factors with risk of coronary artery disease: a meta-analysis of individual participant data. *CMAJ*. Jun 11;185(9):763-9.
 - Kreier, F., Yilmaz, A., Kalsbeek, A., Romjin, J.A., Sauerwein, H.P., Fliers, E., Buijs, R.M., (2003). Hypothesis: shifting the equilibrium from activity to food leads to autonomic unbalance and the metabolic syndrome. *Diabetes* 52, 2652– 2656.;
 - Kubo T, Fukuda S, Hirata K, Shimada K, et al (2011). Comparison of coronary microcirculation in female nurses after day-time versus night-time shifts. *Am J Cardiol*. Dec 1;108(11):1665-8.
 - Kuper H, Yang L, Theorell T, Weiderpass E. (2007).Job strain and risk of breast cancer.*Epidemiology*. Nov;18(6):764-8.
 - Lalluka, T.; Chandola, T. Hemingway, H. Marmot, M. Lahelma, E. Rahkonen, O. (2009). Job strain and symptoms of angina pectoris among British and Finnish middle-aged employees. *J. Epidemiol. Community Health*, 63, 12, 980–5.
 - Landsbergis PA, Dobson M, Koutsouras G, Schnall P(2013a). Job strain and ambulatory blood pressure: a meta-analysis and systematic review. *Am J Public Health*. Mar; 103(3) :e61-71.

- Landsbergis PA, Travis A, Schnall PL (2013b) Working conditions and masked hypertension. *High Blood Press Cardiovasc Prev*. Jun;20(2):69-76.
- Lee JS, Joo EJ, Choi KS (2013) Perceived stress and self-esteem mediate the effects of work-related stress on depression. *Stress Health*. 2013 Feb;29(1):75-81.
- Leino, P. (1989) Symptoms of stress predict musculoskeletal disorders. *J. Epidemiol. Community Health*, 43, 293–300.
- Liang G, Schernhammer E, Qi L, Gao X, De Vivo I, Han J (2011). Associations between Rotating Night Shifts, Sleep Duration, and Telomere Length in Women. August, Volume 6, Issue 8
- Lin J, Epel E, Blackburn E.(2012) “Telomeres and lifestyle factors: Roles in cellular aging. *Mutation Research* 730 85– 89.
- Lovelace, K. Manz, C. Alves, J. (2007). Work stress and leadership development: The role of self-leadership, shared leadership, physical fitness and flow in managing demands and increasing job control. *Hum. Resour. Manage. Rev.*, 17, 374–387.
- Martín, J.M. Luceño, L. Jaen, M. Rubio, S (2007). Relación entre factores psicosociales adversos, evaluados a través del cuestionario multidimensional Decore, y salud laboral deficiente. *Psicothema*, 19, 95–101.
- Martinez, M. Moreno, B. Ferrer, R. (2009). Calidad de vida del profesorado universitario: El desgaste profesional. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 27, 135–165.
- Matud M (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*;37:1401–15.
- McEwen BS (1998) Protective and damaging effects of stress mediation. *N Engl J Med* 338: 171–179.
- Melia, J.L. Becerril, M. (2007). Psychosocial sources of stress and burnout in the construction sector: A structural equation model. *Psicothema*, 19, 679–686.
- Mercadillo RE, Díaz JL, Pasaye EH, Barrios FA (2011). Perception of suffering and compassion experience: brain gender disparities. *Brain and Cognition*;76:5–14.
- Middleton, N.; Gunnell, D.; Whitley, E.; Dorling, D.; Frankel, S. (2001). Secular trends in antidepressant prescribing in the UK, 1975–1998. *J. Public Health Med.*, 23, 262–267.
- Nakata A (2012). Psychosocial job stress and immunity: a systematic review. *Methods Mol Biol.*;934:39-75.
- Nielsen NR, Kristensen TS, Schnohr P, et al (2008). Perceived stress and cause-specific mortality among men and women. *American Journal of Epidemiology*;168:481–91.
- Nielsen NR, Stahlberg C, Strandberg-Larsen K, Kristensen TS, Zhang ZF, Hundrup YA, Grønbaek M (2008). Are work-related stressors associated with

- diagnosis of more advanced stages of incident breast cancers? *Cancer Causes Control.* Apr;19(3):297-303.
- Nomura, K. Nakao, M. Takeuchi, T. Yano, E. (2009) Asociations of insomnia with job strain, control and support among male Japanese workers. *Sleep Med.*, 10, 626–629.
 - Nyberg ST, Fransson EI, Heikkilä K, Alfredsson L, et al. IPD-Work Consortium. (2013). Job strain and cardiovascular disease risk factors: meta-analysis of individual participant data from 47,000 men and women. *PLoS One.* Jun 20;8(6):e67323.
 - Pant S, Ramaswamy B. (2009) Association of major stressors with elevated risk of breast cancer incidence or relapse. *Drugs Today (Barc).* Feb;45(2):115-26.
 - Parks CG, DeRoo LA, Miller DB, McCanlies EC, Cawthon RM, Sandler DP. (2011) Employment and work schedule are related to telomere length in women. *Occup Environ Med.* August ; 68(8): 582–589.
 - Phillips BA, Collop NA, Drake C, Consens F, Vgontzas AN, Weaver TE (2008). Sleep disorders and medical conditions in women. *Proceedings of the Women and Sleep Workshop, National Sleep Foundation. Journal of Womens Health (Larchmt);*17:1191–9.
 - Phillips, D.I.W., Barker, D.J.P., Fall, C.H.D., Seckl, J.R., Whorwood, C.B., Wood, P.J., Walker, B.R., (1998). Elevated plasma cortisol concentrations: a link between low birth weight and the insulin resistance syndrome? *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 83, 757–760.
 - Phillips D.I.W, Walker B.R, Reynolds R.M, Flanagan, D.E.H, Wood P.J, Osmond C, Barker D.J.P, Whorwood C.B (2000). Low birth weight predicts plasma cortisol concentrations in adults from 3 populations. *Hypertension* 35, 1301– 1306.
 - Pickering TG (1997). The effects of environmental and lifestyle factors on bloodpressure and the intermediary role of the sympathetic nervous system. *J Hum Hypertens.;*11(suppl 1):S9-S18.
 - Pieper C, Schnall PL, Warren K, Pickering TG. (1993). A comparison of ambulatory blood pressure and heart rate at home and work on work and non-work days. *J Hypertens.;*11(2):177-183.
 - Rivera-Torres Pilar, Araque-Padilla Rafael Angel and Montero-Simó María José, (2013). Job Stress Across Gender: The Importance of Emotional and Intellectual Demands and Social Support in Women**Int. J. Environ. Res. Public Health*, 10, 375-389
 - Sanne, B. Mykletun, A. Dahl, A. Moen, B. Tell, G.(2005). Testing the job demand-control-support model with anxiety and depression as outcomes: The Hordaland health study. *Occup. Med.* 55, 463–473.
 - Schaufeli, W. Bakker, A. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *J. Organ. Behav.* 25, 293–

315.

- Schleifer, L.M. Ley, R. Spalding, T.W. (2002). A hyperventilation theory of job stress and musculoskeletal disorders. *Amer. J. Ind. Med.*, 41, 420–432.
- Schobel, H.P., Fischer, T., Heuszer, K., Geiger, H., Schmieder, R.E., (1996). Preeclampsia-a state of sympathetic overactivity. *N. Engl. J. Med.* 335, 1480–1485.
- Schwartz JE, Warren K, Pickering TG. (1994). Mood, location and physical position as predictors of ambulatory blood pressure and heart rate: application of a multi-level random effects model. *Ann Behav Med.*;16(3):210---220.
- Schwartz, A.R., Gerin, W., Davidson, K.W., Pickering, T.G., Brosschot, J.F., Thayer, J.F., Christenfield, N., Linden, W., (2003). Towards a causal model of cardiovascular responses to stress and the development of cardiovascular disease. *Psychosom. Med.* 65, 22–35.
- Smith PM, Bielecky A. (2012). The impact of changes in job strain and its components on the risk of depression. *Am J Public Health*. Feb;102(2):352-8.
- Smith, M. Cooper, C. (1994) Leadership and stress. *Leadership Organ. Dev. J.*, 15, 3–7.
- Stansfeld SA, Shipley MJ, Head J, Fuhrer R. (2012) Repeated job strain and the risk of depression: longitudinal analyses from the Whitehall II study. *Am J Public Health*. Dec;102(12):2360-6.
- Stoney, C.M., Owens, J.F., Matthews, K.A., Davis, M.C., Caggiula, A., (1990). Influences of the normal menstrual cycle on physiologic functions during behavioral stress. *Psychophysiology* 27, 125–135.
- Talbot, R. Cooper, C. Barrow, S. (1992). Creativity and stress. *Creat. Innovat. Manage.*, 1, 183–193.
- Tarzia P, Milo M, Di Franco A, Di Monaco A, Cosenza A, Laurito M, Lanza GA, Crea F (2012). Effect of shift work on endothelial function in young cardiology trainees. *Eur J Prev Cardiol.* Oct;19(5):908-13.
- Treiber, F.A., Kamarck, T., Schneiderman, N., Sheffield, D., Kapuku, G., Taylor, T., (2003). Cardiovascular reactivity and the development of preclinical and clinical states. *Psychosom. Med.* 65, 46–62.;
- Tsigos, C., Chrousos, G.P., (2002). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis, neuroendocrine factors and stress. *J. Psychosom. Res.* 53, 865–871.
- Vrijkotte TG, van Doornen LJ, deGeus EJ (2000). Effects of work stress on ambulatory blood pressure, heart rate, and heart rate variability. *Hypertension*. 35(4):880-886.
- Wall, T.D.; Jackson, P.R.; Mullarkey, S.; Parker, S.K. (1996). The demands-control model of job strain: A more specific test. *J. Occup. Organ. Psychol.*, 69, 153–166.
- Wang J, Patten SB, Currie S, Sareen J, Schmitz N (2012) A population-

- based longitudinal study on work environmental factors and the risk of major depressive disorder. *Am J Epidemiol.* Jul 1;176(1):52-9.
- Wang, J. Schmitz, N. Dewa, C. Stansfeld, S. (2009). Changes in perceived job strain and the risk of major depression: Results from a population-based longitudinal study. *Amer. J. Epidemiol.* 169, 9, 1085–1091
 - Wilkins K. Predictors of death in seniors. *Health Reports* (2006);16(Suppl.):57–67.
 - World Health Organization (WHO) (2004). The World Health Report 2004: changing history, Annex Table 3: Burden of disease in DALYs by cause, sex, and mortality stratum in WHO Regions, Estimates for 2002. Geneva, Switzerland: WHO;
 - Yang, C.C.H., Chao, T.-C., Kuo, T.B.J., Yin, C.-S., Chen, H.I., (2000). Preeclamptic pregnancy is associated with increased sympathetic and decreased parasympathetic control of HR. *Am. J. Physiol. Heart Circ. Physiol.* 278, H1269–H1273.

Capitolo 5

Salute e sociale

Salute sessuale
e riproduttiva

Bambini

Adolescenti

Stranieri

Anziani
e grandi anziani

5. Salute e sociale

5.1 Salute sessuale e riproduttiva

Il concetto di medicina di genere nasce dall'idea che le differenze tra i sessi in termini di salute non siano legate esclusivamente alle peculiarità derivanti dalla caratterizzazione biologica dell'individuo e dalla sua funzione riproduttiva: con il termine "genere" (*gender*), infatti, si intende sostituire le categorie "uomo" e "donna", definite in base a mere differenze biologiche, con un'accezione più ampia della "differenza" che includa fattori ambientali, sociali e culturali e relazionali.

Nonostante questo, è indubbio che le caratteristiche dalla funzione riproduttiva femminile siano talmente intrecciate con l'essenza stessa dell'essere donna, che non si può prescindere dalla salute riproduttiva nel valutare globalmente la salute di una popolazione femminile.

E, in effetti, alcuni indicatori che hanno attinenza con la salute riproduttiva sono particolarmente sensibili nel descrivere lo stato di salute della popolazione in generale: pensiamo alla mortalità materna, all'aborto non sicuro, all'accesso alle cure prenatali, e comprendiamo come questi siano fenomeni che descrivono nel mondo come i singoli Paesi si prendano cura della salute delle donne.

Per questo un capitolo dedicato alla salute sessuale e riproduttiva non può non trovare cittadinanza in un libro che si occupa di medicina di genere.

5.1.1 Assistenza in gravidanza e parto

Valeria Dubini - Azienda sanitaria di Firenze

Monica Da Frè, Eleonora Fanti, Monia Puglia - ARS Toscana

In Toscana, negli ultimi anni, si è assistito a cambiamenti importanti nella natalità e fecondità. Dopo decenni di declino, infatti, si è avuta un'inversione di tendenza legata essenzialmente ai flussi migratori e al contributo che la popolazione straniera ha dato alla natalità. Un'analisi più approfondita di questo fenomeno viene comunque riportata nel paragrafo 5.4, specifico sull'argomento.

Come il sistema sanitario regionale si prende cura dell'assistenza alla gravidanza e al parto rappresenta in modo paradigmatico come ci si faccia carico della salute dei cittadini.

I capisaldi dell'assistenza alla gravidanza in Toscana sono costituiti da una capillare rete consultoriale e dall'utilizzo del cosiddetto "libretto di gravidanza" attraverso il quale viene garantita a tutta la popolazione, compresa quella straniera, un'assistenza omogenea alla gravidanza e una prevenzione delle principali problematiche che possono manifestarsi.

Andando a valutare i dati, vediamo che, nel 2012, i parti delle donne in Toscana sono stati 31.234, 1.572 (4,8%) parti in meno rispetto ai 32.806 fatti registrare nel 2008, anno in cui si sono verificati più parti in assoluto negli ultimi trent'anni (**Tabella 5.1**). Probabilmente un trend destinato ad essere confermato nell'anno corrente e in quelli a venire a causa della crisi e dello stallo dei flussi migratori.

Cala il numero dei parti mentre l'età media della donna al parto, e al primo parto in particolare, conferma la lenta ma costante crescita: l'età media delle donne al parto è infatti salita da 30,8 anni del 2001 ai 32,0 anni nel 2012; l'età media al primo figlio è passata da 29,6 anni del 2001 a 30,8 anni del 2012.

Tra il 2001 e il 2012 aumenta di oltre 10 punti percentuali (da 24,2% al 35,6%) la quota di donne che partoriscono dai 35 anni in poi, e raddoppiano le partorienti con 40 anni e più (dal 3,5% all'8,0%).

L'aumento dell'età media al parto è in linea con l'andamento nazionale (Ministero della salute, 2013). Nello stesso periodo, inoltre, sono in aumento: la percentuale di donne nubili (36,7% nel 2012, erano il 14,8% nel 2001), la percentuale di donne con titolo di studio alto (diploma di scuola media superiore o laurea) da 63,3% a 71,7% e la percentuale di straniere da 12,6% a 27,1%. Al contrario, diminuisce la quota di donne al primo figlio dal 59,4% al 52,2%.

Ad eccezione dell'età, per le altre variabili socio-demografiche si rilevano invece delle differenze con il dato nazionale. La Toscana risulta avere una quota di parti da madri con cittadinanza straniera tra le più elevate in Italia, preceduta solo da Emilia-Romagna, Lombardia, Piemonte e Veneto. In Toscana, inoltre, è più elevata la quota di donne nubili, con titolo di studio medio-alto e occupate (Ministero della salute, 2013).

Dai dati del Certificato di assistenza al parto (CAP) si rileva che le donne toscane che continuano a fumare durante la gravidanza nel 2012 rappresentano l'8,4%: erano di poco superiori (9,4%) nel 2004. Inoltre, sono leggermente in aumento le donne che affrontano una gravidanza in sovrappeso o francamente obese: erano il 19,1% nel 2004 e raggiungono il 21,3% nel 2012.

Un altro aspetto che caratterizza la nostra popolazione è rappresentato dall'incremento delle gravidanze plurime; infatti, nel 2012, le gravidanze gemellari in Toscana hanno raggiunto l'1,8% di tutti i parti, con un incremento percentuale del 57,4% rispetto al 2001, quando rappresentavano l'1,3% dei parti. Anche le gravidanze trigemine, sebbene rappresentino solo una piccola parte delle gravidanze totali, sono aumentate: dalle 28 registrate nel triennio 2001-2003 alle 42 del triennio 2010-2012. Questo è presumibilmente legato agli effetti della legge 40.

In effetti, l'aumento delle gravidanze gemellari riconosce due fattori principali: da una parte, l'aumento dell'età materna al parto, fattore che predispone alle gravidanze plurime di per sé e, dall'altra, il ricorso sempre più frequente a tecniche di fecondazione assistita (o procreazione medicalmente assistita – PMA). In realtà, poi, questi due fattori sono strettamente legati tra loro. Un'analisi statistica multivariata dei dati toscani per il triennio 2010-2012 dimostra come il ricorso alla procreazione medicalmente assistita

risulti essere il principale fattore di rischio per la gemellarità, con un OR di 23,4 (IC 95%: 20,6-26,7).

Età materna avanzata, fumo, indice di massa corporea elevato e gravidanze plurime sono tutti fattori di rischio che possono compromettere la salute delle madri e dei nascituri: è in questa popolazione, infatti, che si rileva il maggior numero di parti pretermine, di basso peso alla nascita, di ricorso al taglio cesareo (TC), di morbilità e mortalità neonatale e materna.

Da un punto di vista della salute di genere dobbiamo dunque constatare che il rinvio della decisione di andare incontro ad una gravidanza, dettato da fattori sociali, economici e anche culturali, rappresenta il principale elemento che caratterizza la nostra popolazione regionale e che comporta ricadute importanti sulla salute delle nostre concittadine.

Tabella 5.1
Caratteristiche socio-demografiche delle donne che hanno partorito in Toscana – Anni 2001-2004-2008-2012

Caratteristiche delle madri	2012	2008	2004	2001
Numero di partì	31.234	32.806	30.102	27.408
Età media al parto (anni)	32,0	31,7	31,3	30,8
Età media al primo parto (anni)	30,8	30,5	30,2	29,6
% 35 anni e oltre	35,6	32,0	27,7	24,2
% 40 anni e oltre	8,0	6,2	4,6	3,5
% nubili	36,7	28,5	19,8	14,8
% scuola superiore o laurea	71,7	65,9	66,7	63,3
% straniere	27,1	22,8	16,2	12,6
% occupate	66,4	69,8	69,4	64,8
% fumatrici	8,4	9,2	9,4	n.d.
% sovrappeso e obese	21,3	19,8	19,1	n.d.
% primipare	52,2	54,8	58,1	59,4
% gravidanza plurima	1,8	1,3	1,3	1,3
% gravidanza da PMA	2,1	2,0	1,4	1,1

Per quanto riguarda l'assistenza in gravidanza, nonostante il ginecologo privato attragga ancora la maggioranza delle donne (57,6% nel 2012), dal 2004 questa è costantemente in calo (68,0%) (**Tabella 5.2**). Tutto ciò a favore di una struttura pubblica, il consultorio, che al contrario, dal 2004, ha ampliato la quota di donne da seguire durante il parto: sono il 26,8% le donne in gravidanza che nel 2012 decidono di rivolgersi al consultorio a fronte di un 19,6% fatto registrare nel 2004. A livello di controlli effettuati in gravidanza, si mantengono sempre elevati sia il numero medio di visite (6,9 nel 2012) sia il numero di ecografie effettuate: da 4,8 ecografie eseguite nel 2004 a 5,3 nel 2012.

Uno sforzo importante è stato effettuato nel garantire un'assistenza a tutte le donne in gravidanza: in effetti, se nel 2004 le percentuali di coloro che non avevano effettuato visite rappresentavano il 2,8% e quelle che non avevano effettuato ecografie l'1,2%, nel 2012 sono rispettivamente lo 0,4% e lo 0,5%.

Un altro aspetto importante dell'assistenza in gravidanza sono gli esami invasivi prenatali. Il ricorso ad amniocentesi o villocentesi è in calo in tutta la popolazione: questo è legato alla politica attuata nella nostra regione di favorire i test di screening non invasivi quali il duo-test o il test combinato, in tutte le fasce di età. Infatti, le tecniche invasive di diagnosi prenatale comportano un rischio di abortività dell'1%, mentre i test di screening sono risultati affidabili e praticamente privi di rischi.

La Regione Toscana offre a tutte le donne l'opportunità di eseguire il test di screening e solo nel caso questo mostri un rischio superiore a 1:250 per anomalie cromosomiche, viene offerta la possibilità di eseguire un esame invasivo quale la villocentesi.

Con questa politica, adottata nella nostra regione dal 2004, il ricorso all'amniocentesi si è ridotto (dal 32,6% nel 2004 al 13,9% nel 2012), mentre si è lievemente incrementato quello alla villocentesi (2,4% al 5,3%). È cresciuto invece il ricorso al test di screening: dal 35,3% del 2004 al 70,4% del 2012.

La riduzione coinvolge tutte le fasce di età, anche se è maggiormente rimarchevole nelle donne con 35 anni o più (dal 66,9% del 2004 al 41,3% nel 2012), mentre per le donne con meno di 35 anni si passa dal 23,9% al 9,4% nello stesso periodo.

È questo un aspetto culturale interessante che dimostra come le donne optino per una politica conservativa rispetto ad una di maggiore invasività, accettando un margine di rischio da cui comunque tutte le gravidanze sono gravate.

Tabella 5.2
Assistenza in gravidanza, visite ed esami in gravidanza effettuati da donne che hanno partorito in Toscana - Anni 2001-2004-2008-2012

Assistenza in gravidanza	2012	2008	2004	2001
% consultorio come struttura di riferimento	26,8	23,3	19,6	n.d.
% studio privato come struttura di riferimento	57,6	61,9	68,0	n.d.
Numero medio di visite	6,9	6,7	6,7	6,3
% nessuna visita	0,4	1,6	2,8	n.d.
% prima visita dopo la 12° settimana	4,5	5,8	7,1	5,0
Numero medio di ecografie	5,3	5,0	4,8	4,6
% nessuna ecografia	0,5	1,7	1,2	2,6
% meno di tre ecografie	3,8	5,4	5,0	6,2
% screening	70,4	46,4	35,3	n.d.
% amniocentesi	13,9	23,4	32,6	34,0
% villocentesi	5,3	3,5	2,4	1,2
% amnio/villi dai 35 anni in poi	41,3	56,0	66,9	65,5
% amnio/villi sotto i 35 anni	9,4	14,8	23,9	26,1

Un altro dato che testimonia un miglioramento dell'assistenza in gravidanza è rappresentato dalla costante riduzione del ricorso al ricovero, probabilmente a favore di altre soluzioni che consentono di non allontanare la donna dalla propria casa e dal proprio nucleo affettivo: da un'analisi congiunta del CAP con le Schede di dimissione ospedaliera (SDO) è emerso, infatti, che il 14,2% delle donne che hanno partorito nel 2011 si è ricoverata almeno una volta durante la gravidanza, ma che tale proporzione è in costante diminuzione dal 2002, quando le donne ricoverate almeno una volta in gravidanza rappresentavano il 20,5%.

Non è invece cambiata la media dei giorni di degenza: un ricovero per complicazioni della gravidanza ha una durata media di degenza pari a 4 giorni, sostanzialmente costante negli anni.

Per quanto riguarda le cause nel quadriennio 2008-2011, la maggior parte dei ricoveri è avvenuta nel terzo trimestre di gravidanza (13.595 ricoveri, pari al 70,3% dei ricoveri), in regime di ricovero ordinario (90,0%) e per motivi legati alla gravidanza. In particolare, nei primi due trimestri di gravidanza le donne si ricoverano prevalentemente per perdita ematica (48,4% e 43,2%) e iperemesi (36,7% e 8,6%) e nel secondo trimestre anche per minaccia di parto precoce, infezioni alle vie urinarie e malattie renali; mentre i ricoveri più frequenti nel terzo trimestre riguardano minaccia/travaglio per parto precoce (38,7%), ipertensione/pre-eclapsia/edema (10,6%) e gravidanza protracta (4,7%) (**Tabella 5.3**). Rispetto alle italiane, negli anni 2008-2011, le donne straniere provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM) si ricoverano complessivamente in misura maggiore, in particolare per iperemesi nei primi due trimestri di gravidanza (primo trimestre: 53,6% *vs* 28,8%; secondo trimestre: 13,1% *vs* 7,1%), mentre nell'ultimo trimestre presentano una proporzione di ricoveri per diabete e gravidanza protracta superiore a quella delle donne italiane (rispettivamente 5,0% *vs* 3,5% e 5,4% *vs* 4,5%). Tutto questo può ben rappresentare un disagio espresso a fronte di una maggiore solitudine e mancanza di reti di solidarietà sociale e familiare.

Per quanto riguarda l'assistenza al parto, la totalità dei parti (99,9% nel 2012) avviene in Toscana in ospedali pubblici, vista l'esigua presenza di strutture private o private accreditate sul territorio (solo due punti nascita privati presenti nel 2012).

Negli ospedali toscani le donne affrontano un travaglio spontaneo nel 64,7% dei casi nel 2012 *vs* il 70,7% del 2004 (**Tabella 5.4**). È in leggero aumento la quota di partorienti a cui viene indotto il travaglio e l'utilizzo di farmaci per alleviare il dolore durante il travaglio (dal 28,4% del 2004 al 37,6% del 2012). Il ricorso all'analgesia peridurale passa nello stesso periodo dal 9,6% al 13,7%.

Si riduce invece in tutti i punti nascita il ricorso all'episiotomia (dal 31,8% al 18,3%): questo intervento considerato di routine negli anni passati è infatti oggi effettuato solo per motivi di salute fetale, dal momento che l'evidenza ha dimostrato che non c'è alcun miglioramento derivante da questo intervento sulla salute delle donne, mentre si assiste ad un aumento di traumi posteriori e perdite ematiche a causa dell'utilizzo di questa pratica.

Tabella 5.3

Distribuzione dei ricoveri in gravidanza in regime ordinario per diagnosi di dimissione principale - Anni 2008-2011

Diagnosi di dimissione principale	Trimestre di gravidanza					
	Primo		Secondo		Terzo	
	N.	%	N.	%	N.	%
Perdita ematica	1.109	48,4	1.494	43,2	485	3,6
Placenta previa	1	0,0	40	1,2	238	1,8
Ipertensione- pre-eclampsia- edema	29	1,3	99	2,9	1.443	10,6
Iperemesi	842	36,7	296	8,6	144	1,1
Minaccia/travaglio parto precoce	10	0,4	227	6,6	5.255	38,7
Malattia renale	15	0,7	159	4,6	284	2,1
Aborti precedenti	0	0,0	1	0,0	2	0,0
Infezione vie urinarie	37	1,6	196	5,7	321	2,4
Disordini fegato	7	0,3	25	0,7	320	2,4
Malattie infettive	9	0,4	18	0,5	53	0,4
Diabete	26	1,1	50	1,4	526	3,9
Anemia	3	0,1	19	0,5	95	0,7
Gravidanza gemellare	6	0,3	33	1,0	176	1,3
Anomalie presentazione feto	1	0,0	1	0,0	227	1,7
Incontinenza cervicale	8	0,3	121	3,5	36	0,3
Ritardo crescita	0	0,0	5	0,1	427	3,1
Polidrammios	0	0,0	5	0,1	176	1,3
Oligoidramnios	0	0,0	27	0,8	429	3,2
Gravidanza protratta	1	0,0	64	1,9	642	4,7
Problemi fetali	0	0,0	15	0,4	446	3,3
Problemi materni	12	0,5	54	1,6	163	1,2
Problemi circolatori materni	1	0,0	8	0,2	31	0,2
Complicazioni della gravidanza non specificate	74	3,2	243	7,0	807	5,9
Altro	102	4,4	256	7,4	869	6,4
Totale	2.293	100,0	3.456	100,0	13.595	100,0

Tabella 5.4

Modalità del parto delle donne che partoriscono in Toscana - Anni 2001-2004-2008-2012

Parto	2012	2008	2004	2001
% travaglio spontaneo	64,7	68,2	70,7	n.d.
% travaglio indotto	17,7	15,4	15,3	n.d.
% farmaci in travaglio*	37,6	31,5	28,4	n.d.
% analgesia peridurale*	13,7	11,2	9,6	n.d.
% episiotomia*	18,3	25,4	31,8	n.d.
% taglio cesareo	26,5	27,5	27,5	26,1
Presenza in sala parto				
% padre del bambino*	87,3	84,9	86,1	83,6
% nessuno*	7,4	9,7	8,0	10,0

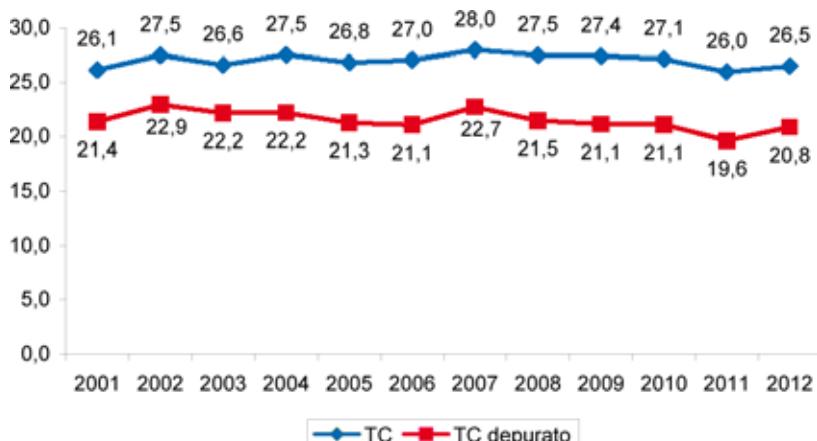
* In caso di parto vaginale.

Rimane invece stabile il ricorso al TC che risulta, nel 2012, al 26,5% (era del 26,1% nel 2001), percentuale molto al di sotto della media nazionale, registrata nel 2010 al 37,5% (Ministero della Salute, 2013) (**Figura 5.1**).

Complessivamente, in Italia, è invece molto elevato il ricorso al TC, con punte del 50% e del 60% in Sicilia e Campania (Ministero della salute, 2013) che collocano il nostro Paese al secondo posto in Europa per utilizzo del TC (Euro-Peristat, 2013), alle spalle di Cipro (52,2%) e davanti alla Romania (36,9%). La Toscana, invece, insieme a Friuli-Venezia Giulia e Trentino Alto Adige si colloca tra le regioni che vi ricorrono di meno.

Questi dati dimostrano che in Toscana si è andata affermando una cultura più rispettosa dell'integrità del corpo femminile, cultura della quale sono partecipi prima di tutto le donne stesse, e non c'è dubbio che questo è un dato estremamente positivo nel valutare la salute delle donne toscane.

Figura 5.1
Proporzione di taglio cesareo (TC) e taglio cesareo depurato* - Anni 2001-2012



*TC depurato: proporzione calcolata sulle gravidanze singole, a termine, da madre primipara e presentazione fetale vertice.

Bibliografia

- Ministero della salute (2013). Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita – Anno 2010:
- http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2024_allegato.pdf
- Euro-Peristat project with SCPE and EUROCAT (2013). European perinatal health report. Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010: www.europeristat.com

5.1.2 Allattamento al seno

Monia Puglia, Laura Aversa - ARS Toscana
Franca Rusconi - AOU Meyer

Numerose evidenze scientifiche dimostrano che l'allattamento al seno esclusivo, almeno fino a sei mesi, è uno dei più importanti determinanti per la salute del bambino; considerato uno degli interventi di prevenzione più semplici, a basso costo e di sicura efficacia, rappresenta la scelta alimentare d'elezione per i primi mesi di vita, in grado di rafforzare il legame psico-affettivo tra madre e bambino.

La promozione dell'allattamento al seno è stata fattivamente sostenuta dalla Regione Toscana a partire dal 2004. Il monitoraggio della prevalenza dell'allattamento al seno alla dimissione dal Punto nascita, al terzo-sesto mese, è una delle priorità del Piano socio-sanitario integrato 2012-2015 della Regione Toscana; la valutazione epidemiologica consente di poter definire accurate politiche di prevenzione.

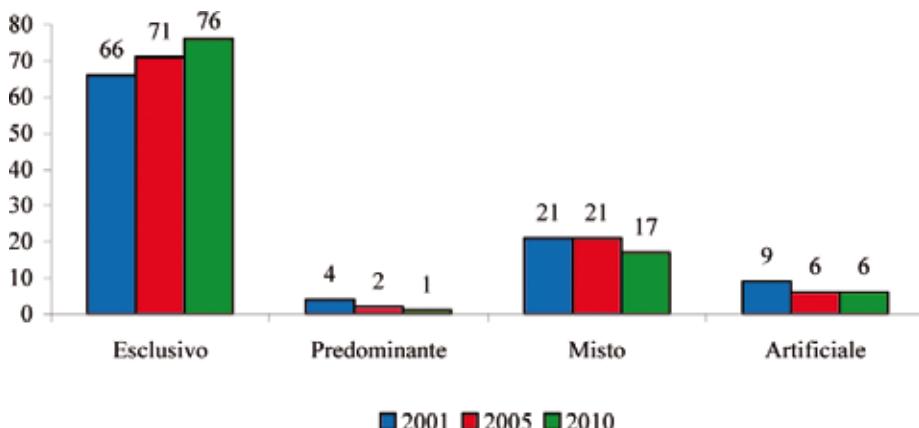
A partire dal 2002, l'Agenzia regionale di sanità della Toscana, con la collaborazione dell'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer, è stata coinvolta in varie indagini per favorire l'allattamento al seno. Dal 2008, i dati relativi alla prevalenza dell'allattamento durante il ricovero per la nascita sono inoltre rilevati mediante l'introduzione di una voce nel Certificato di assistenza al parto (CAP) della Toscana. Questo rappresenta un punto di forza, perché permette di disporre di dati annuali su tutta la popolazione, disponibili attualmente solo per poche regioni.

L'ultima indagine "ad hoc" è stata effettuata nel 2010 presso i Centri vaccinali toscani: sono stati somministrati 5.885 questionari ai genitori che hanno accompagnato i bambini ad effettuare la prima o la seconda dose dei vaccini obbligatori, in 44 centri vaccinali campionati nelle diverse Aziende USL. Le domande sull'alimentazione hanno riguardato la dimissione e le ultime 24 ore, le categorie dell'allattamento sono state definite secondo i criteri stabiliti dall'OMS:

- allattamento esclusivo - latte materno, gocce o sciroppi medicinali (vitamine, minerali, farmaci) e nient'altro;
- allattamento predominante - latte materno con aggiunta di liquidi non nutritivi (acqua, semplice o zuccherata, bevande acquose come tè, camomilla, tisane, infusi, succhi di frutta non zuccherati, soluzioni per reidratazione orale);
- allattamento misto - latte materno e latte artificiale;
- allattamento artificiale (non allattamento al seno) - alimentazione senza latte materno.

Dal confronto temporale con le indagini precedenti, "Il percorso nascita" del 2001 (Casotto V et al., 2005) e "Mamma informata" del 2005 (Puglia M et al, 2007), si osserva un incremento graduale negli anni dell'allattamento esclusivo alla dimissione che, dal 66% nel 2001, passa al 71% nel 2005, fino a raggiungere il 76% nel 2010 (**Figura 5.2**).

Figura 5.2
Allattamento alla dimissione dal punto nascita. Confronto temporale in Toscana. Anni 2001-2005-2010



Alla prima vaccinazione (61-120 giorni), i bambini alimentati in modo sia esclusivo che predominante al seno sono il 57,5%, ma un ulteriore 17,8% continua ad essere allattato pur assumendo anche cibi solidi (per lo più frutta) o latte artificiale.

Alla seconda vaccinazione (121-180 giorni), tali proporzioni sono rispettivamente il 31,4% e il 36,3% (**Tabella 5.5**); più della metà dei bambini in questa fascia d'età ha infatti iniziato lo svezzamento. L'allattamento esclusivo nei primi 6 mesi è maggiore nei figli di donne straniere: il 61,7% a 61-120 giorni e il 37,4% a 121-180 giorni (rispetto al 54,5% e al 29,2% delle italiane).

Tabella 5.5
Allattamento alla dimissione, a 61-120 gg e a 121-180 gg di vita. Anno 2010

Allattamento	Dimissione	61-120 gg di vita	121-180 gg di vita
Esclusivo	75,8	56,2	30,6
Predominante	0,6	1,3	0,8
Misto	17,2	17,8	36,3
Non allattamento al seno	6,4	24,7	32,4

I dati di allattamento in Toscana nel 2010 sono simili a quelli di altre Regioni che hanno effettuato delle campagne per promuovere l'allattamento e che, come la Regione Toscana, monitorano il dato nel tempo. La proporzione di bambini in allattamento completo (esclusivo + predominante) a 3 mesi è pari al 57% in Toscana e al 55% in Emilia-Romagna (Regione Emilia-Romagna, 2012); a 5 mesi è del 37% in Emilia-Romagna, del 38% in Friuli-Venezia Giulia e del 32% in Toscana.

Bibliografia

- Casotto V, Cuttini M, Genovese I. (2005) Il Percorso Nascita: risultati dello studio in Toscana. Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana n.12.
- Puglia M, Casotto V, Rusconi F. (2007) Essere Mamma Informata: allattamento al seno e SIDS. Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana n.25.
- Regione Emilia-Romagna. Giunta regionale Direzione generale Sanità e Politiche sociali, in collaborazione con APeC. (2012) Prevalenza dell' allattamento al seno in Emilia-Romagna. Ricerca triennale Anno 2011. Sesta edizione.

5.1.3 Depressione post-parto e prescrizione di antidepressivi

Isabella Lapi - Azienda sanitaria di Firenze

Monica Da Frè, Rachele Capocchi - ARS Toscana

L'intenso lavoro psichico richiesto alla donna per l'assunzione della nuova identità di madre (Ferrara Mori G, 2008), il minor supporto sociale determinato dai cambiamenti della famiglia e della società, l'isolamento culturale e relazionale legato alla migrazione e alla diversità culturale, rendono la gravidanza e il puerperio un'area critica per il possibile sviluppo di disagio psicologico individuale, difficoltà relazionali con il bambino, disturbi psichiatrici.

I disturbi psichiatrici dopo il parto, in particolare la depressione, rappresentano un problema di sanità pubblica di primaria importanza sia per la frequenza sia per le conseguenze che interessano la madre, il bambino e la famiglia (Wisner KL et al., 2006). Il bambino è a rischio di sviluppare nel tempo disturbi dell'attaccamento, quali attaccamento insicuro e disorganizzato, e del comportamento (Murray L e Cooper P, 2003).

Si stima che tra il 10% e il 20% delle donne presentino tali manifestazioni durante la gravidanza e nel primo anno dopo il parto (Evans J et al., 2001; Dietz PM et al., 2007; Monti F et al., 2008; Vesga-López O et al., 2008).

La prevalenza di patologie psichiatriche in epoca perinatale è simile a quella studiata nelle donne che non avevano partorito, mentre una più alta prevalenza di depressione è stata evidenziata nella fase post-partum. (Vesga-López O et al., 2008).

Poiché in Toscana non esistono studi specifici di popolazione sull'argomento, l'Agenzia regionale di sanità ha stimato la frequenza dell'uso di farmaci antidepressivi dopo il parto e analizzato i fattori associati.

Sono state linkate due fonti di dati: il Certificato di assistenza al parto (CAP) che raccoglie tutte le informazioni delle donne che hanno partito in Toscana e la Scheda di prestazioni farmaceutiche (SPF) che contiene i dati dell'uso di farmaci con erogazione a carico del Servizio sanitario nazionale.

Delle 29.560 donne residenti in Toscana che nel 2011 hanno avuto un parto⁴², 991 (il 3,3%) hanno utilizzato almeno una confezione di farmaci antidepressivi nell'anno successivo il parto (**Figura 5.3**). Di queste, il 16% ha avuto la prima prescrizione entro un mese dal parto, il 30% entro il secondo mese, il 40% entro tre mesi e il 62% entro i primi sei mesi. Di queste⁴³, poco più della metà (52%) ha avuto un trattamento di durata superiore o uguale a 6 mesi⁴⁴, mentre le altre hanno avuto una durata del trattamento inferiore a 6 mesi⁴⁵ (27,5%) o una sola prescrizione⁴⁶ (20,8%).

La proporzione di madri trattate con antidepressivi in Toscana rappresenta circa un terzo della prevalenza di depressione post-natale riportata in altri studi, ma proporzioni simili a quelle di un campione di donne italiane arruolate nello studio ESEMeD⁴⁷ (Alonso J et al., 2004), dove si rilevò che il 3,8% aveva fatto uso di antidepressivi entro il primo anno dal parto.

È noto anche che nel puerperio una minor quota di donne depresse cerca aiuto sanitario rispetto alle donne che non hanno partorito (15,5% vs 25,5%) (Vesga-López O et al., 2008). Questo fenomeno è spiegabile con vari fattori, ognuno dei quali merita attenzione specifica e risposte diversificate da parte dei sistemi sanitari: la presenza di stereotipi e pregiudizi sociali che rendono ancora oggi difficile alle madri rivelare la propria sofferenza e richiedere aiuto (Ferrara Mori G, 2008); non tutti gli stati depressivi lamentati o rilevabili nelle donne appartengono alla depressione vera e propria quanto piuttosto al cosiddetto *maternity blues*, stato leggero di sofferenza emotiva con variazione depressiva dell'umore in senso depressivo, diffuso in alta percentuale (fino all'84% dei casi) ma di breve durata se la donna viene adeguatamente sostenuta; in circa i 2/3 dei casi la depressione post-partum è di gravità clinica ridotta e si risolve spontaneamente dopo qualche settimana (Rubertsson C et al., 2005). Nell'interpretare questo dato occorre tenere presente anche il fatto che le donne depresse in gravidanza e nel puerperio mostrano di avere minor accettazione della terapia farmacologica rispetto ad altri tipi di intervento, causa il timore di danneggiare il feto o il bambino in allattamento (Goodmann J H, 2009).

Il trattamento appropriato per un episodio depressivo prevede una durata di almeno 6 mesi; nella nostra analisi ciò è stato registrato per il 52% delle donne che hanno

⁴² Esclusi i nati morti.

⁴³ 619 madri con la prima prescrizione nei primi sei mesi dopo il parto.

⁴⁴ Donne con più di una prescrizione con una durata complessiva del trattamento superiore o uguale a sei mesi.

⁴⁵ Donne con più di una prescrizione con una durata complessiva del trattamento inferiore a sei mesi.

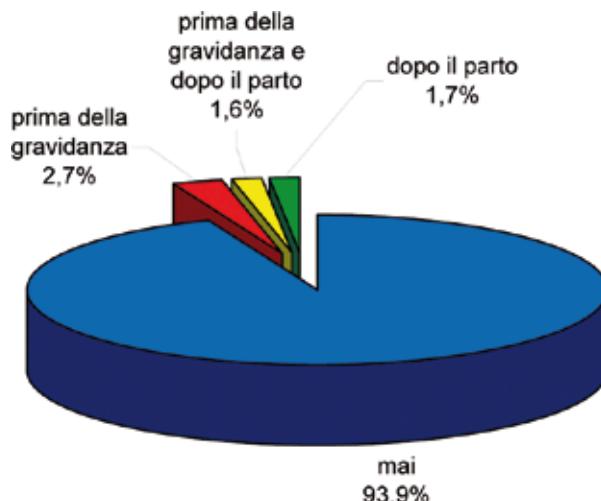
⁴⁶ Donne con una sola prescrizione indipendentemente dalla durata del trattamento.

⁴⁷ European Study on the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD – Studio europeo sull'epidemiologia dei disturbi mentali).

partorito. Le prescrizioni di durata inferiore a 6 mesi si possono riferire al trattamento di condizioni diverse dalla depressione (disturbi dell'ansia ecc.), per le quali trovano indicazione alcuni antidepressivi, ossia prescrizioni per depressione lieve con risoluzione spontanea o interruzione del trattamento da parte della puerpera.

Figura 5.3

Proporzione di donne che hanno partorito nel 2011 e che hanno fatto uso di antidepressivi prima della gravidanza e dopo il parto - Fonte: Elaborazioni ARS su CAP ed SPF



Nelle partorienti toscane è evidente una maggiore prevalenza d'uso di antidepressivi all'aumentare dell'età della donna, nelle italiane rispetto alle straniere, nelle fumatrici, nelle donne che hanno avuto un parto pretermine e nelle donne che facevano uso di antidepressivi prima della gravidanza (**Tabella 5.6**), mentre il titolo di studio, lo stato civile, la parità e il genere del parto⁴⁸ non risultano associati. L'analisi multivariata ha confermato gli stessi fattori associati all'uso di antidepressivi. L'uso di questi farmaci prima della gravidanza rappresenta il maggior predittore di una prescrizione dopo la gravidanza (OR 29,1; IC 95%: 24,8-34,3).

Il nostro studio conferma l'associazione tra depressione post-parto e anamnesi di depressione, già confermata da altri studi, a suggerire la presenza di una vulnerabilità biologica per i disordini depressivi in queste donne.

L'associazione riscontrata con l'aumento dell'età materna è in accordo con un altro studio italiano (Piacentini D et al., 2009) e uno studio prospettico inglese su donne

⁴⁸ Singolo/plurimo.

primipare (Kumar R e Robson KM, 1984), mentre altri studi non vi trovano associazione (Dietz PM et al., 2007) oppure riscontrano una riduzione del rischio all'aumentare dell'età materna (Vesga-López O et al., 2008; Rubertsson C et al., 2005). Le donne straniere, contrariamente ad altri studi (Vesga-López O et al., 2008; Rubertsson C et al., 2005) presentano un minor rischio rispetto alle italiane, probabilmente legato a un minore accesso ai servizi per queste problematiche nonostante l'accesso ai servizi in gravidanza sia gratuito e negli ultimi anni abbia coinvolto la quasi totalità delle partorienti straniere. L'associazione con il fumo in gravidanza può indicare una maggiore vulnerabilità nelle donne che non seguono le raccomandazioni durante la gravidanza. Infine, come confermato da Kumar R e Robson KM (1984), nelle donne che hanno avuto un parto pretermine è più elevato il ricorso agli antidepressivi, legato allo stress che può provocare nella madre per ragioni sia psicologiche che pratiche, ma anche alla maggiore necessità di assistenza che richiede la nascita pretermine e alla possibilità di prognosi sfavorevoli.

Diversi studi hanno dimostrato che un basso livello socio-economico e il parto plurimo rappresentano dei fattori di rischio per l'uso di antidepressivi post-parto (Vesga-López O et al., 2008; Fisher J et Stocky A, 2003; Choy Y et al., 2009). Il livello socio-economico non era disponibile nel dataset impiegato ed è stato utilizzato il titolo di studio come proxy. Esso non risulta però associato all'outcome considerato. La gravidanza plurima risultava associata nell'analisi univariata, probabilmente per la maggiore frequenza di pretermine nelle gravidanze plurime.

L'analisi ha individuato gruppi di popolazione a rischio, ma identifica la necessità di individuare gruppi di donne a maggior rischio con minore capacità di accesso ai servizi sanitari affette da depressione post partum clinicamente rilevante.

La risposta assistenziale per questa problematica e per il disagio psico-relazionale e altri disturbi psicopatologici perinatali dovrebbe prevedere interventi di: informazione alla popolazione e prevenzione primaria rivolta alle donne in gravidanza; individuazione dei casi a rischio e diagnosi precoce dei disturbi; cura e sostegno sociale nei casi di patologia già in atto; prevenzione delle ricadute e della cronicizzazione. Per quanto riguarda la cura, i più efficaci secondo le linee-guida (Nice, 2007; O.N.D.A, 2010) sono gli interventi combinati psicoterapia-terapia farmacologica; gli interventi psicologici centrati sulla relazione madre-bambino, anche in forma domiciliare (Home visiting); la psicoterapia individuale; il sostegno sociale con interventi di supporto familiare, anche di tipo economico. Nel caso infine, di necessità ospedaliere psichiatriche, è indicato il ricovero in spazi specifici dove sia possibile non separare la madre dal neonato, in analogia a quanto viene effettuato in molti paesi esteri (Mother and Baby Units) (Monti F e Agostini F, 2010).

Tabella 5.6
Uso di antidepressivi entro un anno dal parto tra le donne che hanno partorito nel 2011 e fattori associati - Fonte: Elaborazioni ARS su CAP e SPF

Caratteristiche della donna	Uso di antidepressivi		OR	Analisi univariata IC 95%	p-value	OR agg*	Analisi multivariata IC 95%	p-value
	n	%						
Età al parto								
<25	64	2,1	1,00					
25-29	138	2,3	1,07	0,79	1,45	<0,001	1,00	0,001
30-34	298	3,0	1,41	1,07	1,86		0,75	0,53
35-39	359	4,3	2,07	1,58	2,71		0,86	0,63
40 e +	131	5,9	2,88	2,13	3,91		1,07	0,78
Titolo di studio								
Medio-basso	243	3,1	1,00					
Medio-alto	745	3,5	1,12	0,97	1,30		0,132	
Cittadinanza								
Italiana	880	3,9	1,00					
Straniera	111	4,6	0,39	0,32	0,48	<0,001	1,00	<0,001
Stato civile								
Nubile	318	3,6	1,00					
Coniugata [§]	599	3,3	0,92	0,80	1,05		0,223	
Uso di antidepressivi prima della gravidanza								
No	514	1,8	1,00					
Sì	477	37,1	31,80	27,57	36,69	<0,001	1,00	<0,001
Fumo in gravidanza (n. sigarette al giorno)								
Nessuna	687	3,2	1,00					
1-3	50	5,9	1,90	1,41	2,55	<0,001	1,00	0,016
>3	65	5,2	1,67	1,28	2,17		1,49	1,06
Parti precedenti								
Nessuno	492	3,2	1,00					
1	335	3,3	1,02	0,89	1,18		0,345	
2	98	3,8	1,20	0,97	1,50			
3 e più	32	3,8	1,18	0,82	1,70			
Gemellarietà								
No	967	3,3	1,00					
sì	24	4,6	1,41	0,93	2,14		0,104	
Parto pretermine								
no	901	3,3	1,00					
sì	88	4,8	1,51	1,21	1,89	<0,001	1,00	0,006

§ Comprende coniugata, separata, divorziata, vedova.

* Gli Odds Ratio sono aggiustati per tutte le variabili elencate.

Bibliografia

- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. (2004) Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand, Suppl.* **420**:21-27.
- Choi Y, Bishai D, Minkovitz CS. (2009) Multiple births are a risk factor for postpartum maternal depressive symptoms. *Pediatrics*; **123**:1147-54.
- Dietz PM, Williams SB, Callaghan WM, et al. (2007) Clinically identified maternal depression before, during, and after pregnancies ending in live births. *Am J Psychiatry*; **164**:1515-1520.
- Evans J, Heron J, Francomb H, et al. (2001) Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*; **323**:257-260.
- Ferrara Mori G. (a cura di) (2008). *Un tempo per la maternità interiore*. Borla, Roma
- Fisher J, Stocky A. (2003) Maternal Perinatal Mental Health and Multiple Births: Implication for practice. *Twin Research*; **6**:506-513.
- Goodmann JH (2009). Women's Attitudes, Preferences, and Perceived Barriers to Treatment for Perinatal depression. *Birth*; **36** (1): 60-69.
- Kumar R, Robson KM. (1984) A Prospective Study of Emotional Disorders in Childbearing Women. *Brit J Psychiat*; **144**:35-47.
- Marcus SM. (2009) Depression during pregnancy: rates, risks and consequences-Motherisk Update 2008. *Can J Clin Pharmacol*; **16**:15-22.
- Monti F, Agostini F, Marano G, et al. (2008) The course of maternal depressive symptomatology during the first 18 months postpartum in an Italian sample. *Arch Women Ment Health*; **11**:231-238
- Monti F, Agostini F (2010) Forme di sostegno e intervento psicologico per la depressione perinatale. In Righetti P.L. *Gravidanza e contesti psicologici*. Franco Angeli, Milano
- Murray L, Cooper P. (2003) Intergenerational transmission of affective and cognitive processes associated with depression: infancy and the preschool years. In Goodyer I. *Unipolar Depression: a Lifespan Perspective*. Oxford University press, London.
- National Institute for Health and Clinical excellence (2007) Antenatal and postnatal mental: clinical management and service guidance. NICE, London.
- Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (2010) Prevenzione, diagnosi e trattamento della psicopatologia perinatale. ONDA, Milano.
- Piacentini D, Leveni D, Primerano G, et al. (2009) Prevalence and risk factors of postnatal depression among women attending antenatal courses. *Epidemiol Psichiatr Soc*; **18**:214-220
- Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, et al. (2005) Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Arch Women Ment Health*; **8**:97-104.

- Vesga-López O, Blanco C, Keyes K, et al. (2008) Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry*; 65:805-815.
- Wisner KL, Chambers C, Sit DK (2006) Postpartum depression: a major public health problem. *JAMA*; 296: 2616-2618.

5.1.4 Aborti spontanei

Eleonora Fanti - ARS Toscana

Valeria Dubini - Azienda sanitaria di Firenze

Per aborto spontaneo⁴⁹ si intende l'espulsione spontanea o morte del feto/embrione entro il 180° giorno compiuto di amenorrea. Tuttavia, negli ultimi anni, a fronte delle migliorate tecniche di rianimazione neonatale e dell'assistenza ai neonati gravemente prematuri, questa definizione mostra una certa inadeguatezza e andrebbe forse rivista.

Attraverso la rilevazione ISTAT è possibile descrivere i casi di aborto spontaneo per i quali si sia reso necessario il ricovero in istituti di cura sia pubblici sia privati. Gli aborti spontanei non soggetti a ricovero, quali ad esempio gli aborti che si risolvono senza intervento del medico o che necessitano di sole cure ambulatoriali, non vengono rilevati. I dati presentati si riferiscono agli aborti spontanei avvenuti nelle strutture toscane da donne ovunque residenti.

Attraverso l'analisi del flusso ISTAT degli aborti spontanei sappiamo che il tasso di abortività spontanea nell'ultimo decennio si è mantenuto pressoché costante, oscillando da un minimo di 4,9 aborti spontanei ogni 1.000 donne residenti di 15-49 anni nel 2001, a 5,3 aborti spontanei ogni 1.000 nel 2012, passando per un massimo di 6 aborti spontanei ogni 1.000 donne residenti di 15-49 anni nel 2007 (**Figura 5.4**). Anche rispetto al numero di nati vivi, il numero di aborti spontanei rimane stabile attorno a 13-16 aborti ogni 100 nati vivi.

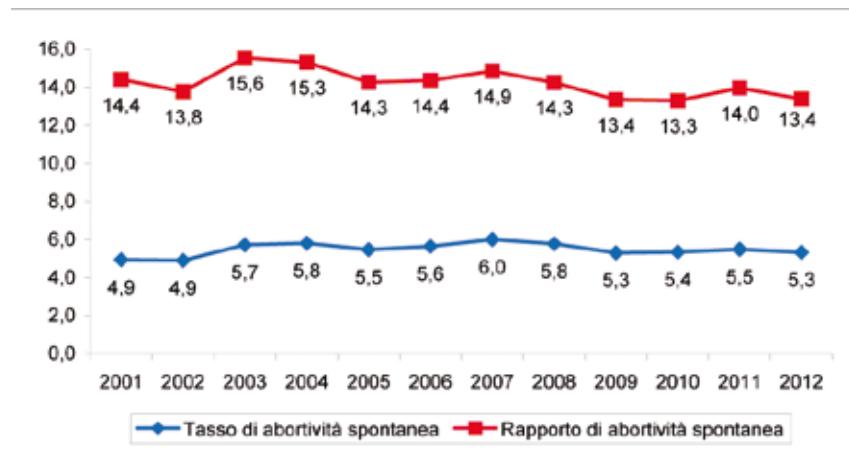
Per dare un contesto al tasso e al rapporto di abortività spontanea precedentemente descritti, riportiamo l'ultimo dato ISTAT disponibile per l'Italia: nel 2009 il tasso di abortività spontanea si attestava sui 5,5 aborti spontanei ogni 1.000 donne di 15-49 anni, mentre quello relativo all'Italia centrale era di 5,9. Il rapporto di abortività spontanea era

⁴⁹ Secondo la definizione ISTAT.

di 13,6 aborti spontanei ogni 100 nati vivi, mentre quello calcolato per l'Italia centrale era di 15,0 aborti spontanei ogni 100 nati vivi.

Figura 5.4

Tasso di abortività spontanea per 1.000 donne in età 15-49 anni e rapporto di abortività spontanea su 100 nati vivi - Anni 2001-2012



La possibilità che una gravidanza evolva in esito abortivo è più elevata di quanto si possa pensare, studi epidemiologici suggeriscono che gli aborti spontanei rappresentino circa il 24% delle gravidanze considerate a partire da 4 settimane compiute di gestazione - calcolate partendo dalla data dell'ultima mestruazione - e ottenuto tenendo conto dei tempi di esposizione al rischio di ciascuna gravidanza considerata (French FE e Bierman JM, 1962). È noto che il rischio di aborto spontaneo è connesso all'età della donna, cioè è più frequente in età avanzate. Nel 2012, il 55,7% delle donne dimesse dagli istituti di cura della Toscana per aborto spontaneo avevano dai 35 anni in su, nel 2001 tale quota era al 39,6% (**Tabella 5.7**). Al contrario, la proporzione di donne under 35 dimesse per aborto spontaneo è scesa dal 60,4% al 44,3%. Nel 66,5% dei casi, queste donne hanno un titolo di studio medio-alto, nel 26,7% dei casi è straniera e nel 29,9% dei casi aveva già subito almeno un altro aborto spontaneo. Tutte queste caratteristiche sono in aumento rispetto al 2001. Diminuiscono le primipare dal 57,2% del 2001 al 53,1% del 2012, ma aumentano se consideriamo le donne con 35 anni o più: erano il 42,0% nel 2001 e sono il 46,2% nel 2012 (un aumento relativo del 10%). Rimangono invariate le settimane di gestazione in cui avviene l'aborto spontaneo: nel 2012, così come nel 2001, il 93% delle donne ha avuto un aborto spontaneo entro la 12esima settimana. Cambia invece negli anni la modalità d'intervento: nel 2001 erano il 59,5% le donne sottoposte a raschiamento a seguito di aborto spontaneo, mentre sono solo il 27,4% nel 2012, a favore dell'isterosuzione che passa dal 37,2% al 61,6% del 2012. In aumento nel periodo anche altre modalità come l'aborto medico, che utilizza misoprostolo o prostaglandine,

(dall'1,4% al 6,3%) o anche semplicemente l'attesa dell'espulsione spontanea (nessun intervento dall'1,9% al 4,8%). Oggi, infatti, si tende a intervenire il meno possibile e a favorire metodi molto meno invasivi rispetto al raschiamento che comporta comunque dei rischi in misura non trascurabile (10/100 di infezione, 1-2/1.000 di emorragia, 1-4/1.000 di perforazione uterina) (WHO, 2003; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2004).

Infine, per quanto riguarda la terapia antalgica, rimane stabile l'anestesia totale (83,5% nel 2001, 81,2% nel 2012), cala leggermente l'anestesia locale (da 13,5% a 9,3%) e aumenta, nello stesso periodo, l'utilizzo di nessuna terapia antalgica durante il ricovero: dal 2,5% del 2001 all'8,0% del 2012.

Per quanto riguarda una lettura in termini di salute di genere, possiamo rilevare come anche sul fenomeno dell'aborto spontaneo incida il rimandare la gravidanza in età più avanzata, con i rischi che questo comporta anche in termini di abortività: se infatti il tasso di abortività è sostanzialmente invariato, non si può non rilevare che una parte della casistica vada persa proprio a causa dell'atteggiamento più conservativo, rispetto al passato, che spesso non rende necessario il ricovero, cosa che fa perdere il dato ISTAT.

L'altro aspetto da considerare è la cultura crescente tra le donne riguardo ai vantaggi delle pratiche più conservative e più rispettose della loro salute e del loro corpo, seppure queste richiedano una maggiore partecipazione e consapevolezza di quanto sta accadendo.

Tabella 5.7
Caratteristiche delle donne e modalità dell'intervento relative agli aborti spontanei nelle strutture toscane – Anni 2001-2004-2008-2012

	2012	2008	2004	2001
Caratteristiche delle donne				
% 35 anni e oltre	55,7	50,6	44,4	39,6
% sotto i 35 anni	44,3	49,4	55,6	60,4
% scuola superiore o laurea	66,5	60,0	57,9	55,3
% straniere	26,7	22,0	17,9	11,9
% occupate	66,9	70,5	66,7	63,5
% primipare	53,1	52,5	56,6	57,2
% aborti spontanei precedenti	29,9	25,8	21,0	22,0
Età gestazionale				
% ≤4 sett.	0,5	0,4	0,5	0,6
% 5-6 sett.	7,4	7,5	10,5	8,7
% 7-8 sett.	30,0	34,0	31,7	32,9
% 9-10 sett.	37,4	35,9	34,5	33,9
% 11-12 sett.	17,9	15,4	15,6	16,0
% 13-16 sett.	4,2	4,3	4,8	4,5
% 17-20 sett.	1,9	1,8	1,7	2,2
% >20 sett.	0,9	0,7	0,7	1,3
Tipo di intervento				
% raschiamento	27,4	36,3	52,8	59,5
% isterosuzione	61,6	56,9	43,4	37,2
% altro	6,3	4,6	2,2	1,4
% nessuno	4,8	2,2	1,7	1,9
Terapia antalgica				
% anestesia totale	81,2	81,2	86,1	83,5
% anestesia locale	9,3	15,1	11,4	13,5
% analgesia senza anestesia	1,1	0,4	0,2	0,4
% altra	0,4	0,4	0,2	0,1
% nessuna	8,0	2,8	2,1	2,5

Bibliografia

- French FE, Bierman JM (1962) Probabilities of foetal mortality, in “Public Health Report”, 77(10), pp. 835-847.
- WHO (2003) Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. Geneva.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2004) The Care of Women Requesting Induced Abortion Evidence-based Clinical Guideline Number 7.

5.1.5 Interruzioni volontarie di gravidanza

Monica Da Frè - ARS Toscana

Valeria Dubini - Azienda sanitaria di Firenze

In Italia, l'interruzione volontaria della gravidanza (IVG) è legale e regolamentata dalla legge 22 maggio 1978, n. 194. La legge 194 consente l'interruzione entro i primi 90 giorni, su richiesta della donna con certificazione medica.

È consentito il ricorso all'interruzione di gravidanza anche dopo il novantesimo giorno quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna, oppure quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna.

Per le minorenni, è necessario l'assenso da parte di chi esercita la potestà o la tutela; tuttavia, nel caso in cui la minore non desideri informare i propri familiari della sua scelta, è possibile ricorrere al giudice tutelare che darà l'assenso all'intervento in base a una relazione dei servizi sociali. In caso, invece, di interdizione per infermità di mente, la richiesta di intervento deve essere fatta anche dal tutore o dal marito⁵⁰ della donna.

Negli ultimi anni, in Toscana come in Italia, si è osservata una costante riduzione dell'IVG in parte per un maggiore e migliore uso dei metodi anticoncezionali, ma anche per l'attività sempre più decisiva svolta dai consultori familiari. Nelle strutture toscane, nel 2012, sono state eseguite 7.121 IVG, un migliaio in meno rispetto al 2001. Il tasso di abortività è stato di 8,9 IVG per 1.000 donne in età fertile (15-49 anni), in leggera diminuzione dal 2006 (**Figura 5.5**), mentre il rapporto rispetto al numero di nati vivi negli ultimi quattro anni è rimasto costante intorno a 24 IVG per 100 nati vivi. Il tasso di abortività della Toscana nel 2012 è il settimo più elevato in Italia, i più elevati si registrano in Emilia-Romagna, Liguria, Piemonte, Puglia, Lazio e Umbria (Ministero della Salute, 2013).

Anche nel fenomeno IVG si è assistito ad un incremento, seppur lieve, dell'età delle donne che ne fanno richiesta: si è passati da 29,4 nel 2001 a 30,2 nel 2012 (**Tabella 5.8**), e la percentuale di donne con 40 anni o più è passata dal 7,8% del 2001 al 10,3% del 2012.

Rimane pressoché costante la proporzione di minorenni che ricorre all'IVG attestandosi intorno al 3,0%: anche se si tratta di percentuali minori rispetto ad altri Paesi europei, resta la considerazione che, su questa fascia di età, sembrano avere influito in misura minore i cambiamenti culturali che hanno favorito la riduzione delle IVG nel loro insieme.

Nella metà dei casi circa, le donne che si sottopongono a IVG sono nubili: il 52,2% ha un livello di scolarizzazione medio-alto (il 45,6% nel 2001), mentre le occupate sono poco più della metà come nel 2001.

⁵⁰ Non legalmente separato.

Com'è noto, il fenomeno dell'immigrazione degli ultimi anni ha fatto sì che la percentuale di donne straniere che ricorrono all'IVG sia raddoppiata nell'ultimo decennio passando dal 22,5% nel 2001 al 44,4% nel 2012. Si tratta prevalentemente di donne provenienti dai paesi a forte pressione migratoria.

L'analisi delle interruzioni volontarie di gravidanza nella popolazione straniera sarà comunque approfondita nel Paragrafo 5.4.

Le donne che ricorrono all'IVG hanno già dei figli nel 61,0% dei casi (erano 52,7% nel 2012) e hanno già avuto una precedente IVG quasi in un terzo dei casi (29,7% vs 20,9% del 2001).

Figura 5.5
Tasso e rapporto di abortività volontaria in Toscana – Anni 2001-2012

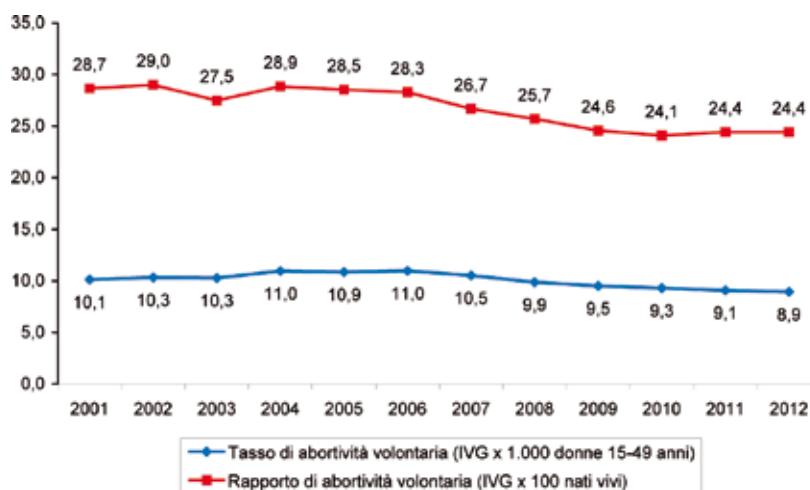


Tabella 5.8
Caratteristiche delle donne che hanno ricorso all'IVG – Anni 2001-2004-2008-2012

Caratteristiche delle donne	2012	2008	2004	2001
Numero di IVG	7.121	8.077	8.763	8.176
Età media (anni)	30,2	29,9	29,6	29,4
% <18 anni	3,0	2,9	2,6	2,6
% 35 anni e oltre	32,0	29,8	26,7	26,3
% 40 anni e oltre	10,3	9,4	8,4	7,8
% nubili	52,1	51,3	49,8	49,4
% scuola superiore o laurea	52,2	47,0	47,1	45,6
% occupate	51,3	55,7	52,4	52,0
% PFPM	43,4	39,1	31,2	21,4
% PSA	1,0	0,8	0,9	1,1
% straniere	44,4	39,9	32,1	22,5
% figli precedenti	61,0	57,6	55,3	52,7
% IVG precedenti	29,7	26,6	26,5	20,9

Cresce il ricorso ai consultori per il rilascio della certificazione: per le IVG avvenute in Toscana nel 2012, il certificato è stato rilasciato dal consultorio familiare pubblico nel 47,9% dei casi (36,5% nel 2001), dal medico di fiducia per il 31,9% (40,0% nel 2001) e dal servizio ostetrico-ginecologico dell'istituto di cura per il 19,1% (20,7% nel 2001) (**Tabella 5.9**). La tendenza all'aumento del ruolo dei consultori familiari è determinata prevalentemente dal contributo delle donne straniere che vi ricorrono più frequentemente in quanto a più bassa soglia di accesso e caratterizzato dalla presenza di mediatori culturali.

Un punto critico è rappresentato dal tempo di attesa per l'esecuzione dell'IVG: nel 38,7% dei casi è superiore a due settimane (era 29,6% nel 2001). Comunque quasi la metà (48,9%) degli interventi per IVG viene effettuata in epoca precoce (≤ 8 settimane di età gestazionale), ma il 51,1% si effettua dopo l'ottava settimana, con rischi maggiori per la salute delle donne: il 32,8% a 9-10 settimane, il 14,7% a 11-12 settimane e il 3,6% dopo la dodicesima settimana.

La metodica secondo Karman risulta la tecnica più utilizzata nel 2012 seppur in diminuzione rispetto al 2001, seguita dall'isterosuzione. L'approccio farmacologico con mifepristone (RU486) e prostaglandine per l'interruzione della gravidanza (definito anche aborto medico) è stato utilizzato in Toscana nell'11,5% dei casi.

Tabella 5.9
Modalità di svolgimento dell'IVG – Anni 2001-2004-2008-2012

	2012	2008	2004	2001
Luogo certificazione				
Consultorio familiare pubblico	47,9	44,9	45,8	36,5
Medico di fiducia	31,9	34,0	34,3	40,0
Serv. Ost. Ginec. di istituto di cura	19,1	20,1	18,5	20,7
Altra struttura socio-sanitaria	1,1	1,1	1,3	2,8
Mancante per imminente pericolo di vita	0,00	0,00	0,05	0,00
Urgenti				
	23,2	22,2	27,2	24,5
Tempo di attesa fra il rilascio del documento o certificazione e l'intervento				
<15 gg	61,3	61,3	61,9	70,4
15-21 gg	24,5	26,2	23,6	20,0
22-28 gg	10,5	9,5	10,7	7,4
>28 gg	3,7	3,0	3,7	2,2
Età gestazionale				
≤ 8	48,9	46,4	43,7	48,6
9-10	32,8	36,5	39,2	36,1
11-12	14,7	13,8	14,8	12,9
>12	3,6	3,3	2,3	2,4
Tipo di intervento				
Raschiamento	4,1	7,3	9,1	3,8
Karman	61,2	64,1	71,4	76,3
Isterosuzione	21,4	25,9	19,4	19,9
IVG farmacologica	11,5	1,7	-	-
Altro	1,8	0,9	-	-

Per ulteriori approfondimenti si rimanda alla parte dedicata alla popolazione straniera all'interno di questo capitolo (Paragrafo 5.4), poiché questa risulta la variabile che rappresenta il maggior determinante nell'accesso ai servizi.

Una lettura di genere di questi dati ci mostra una popolazione di donne che è andata negli anni acquisendo consapevolezza, anche rispetto all'utilizzo di contraccettivi, e riducendo il ricorso alle IVG: si tratta in qualche misura di un processo culturale diffuso e “spontaneo”, ma che ha certamente trovato importanti supporti nei consultori familiari.

Anche il ricorso all'RU, che ha stentato ad affermarsi nel nostro Paese per motivi vari, sembra iniziare a trovare sempre più accoglienza tra le donne: si tratta di un aspetto importante che potrebbe nel tempo alleggerire i servizi ma che, soprattutto, va nel senso di una minore invasività e di una riduzione dei rischi per la salute delle donne; certamente richiede una maggiore partecipazione al processo abortivo e una vicinanza dei servizi che non facciano sentire sola la donna.

Molto ancora può essere fatto nella promozione della diffusione di una cultura contraccettiva sia tra gli operatori che tra le donne ed è indubbio che i consultori rappresentino un punto cardine, specialmente se incardinati in percorsi integrati con le strutture ospedaliere.

Bibliografia

- Ministero della Salute (2013) Relazione del Ministero della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78), Dati preliminari 2012, dati definitivi 2011, Roma 13 settembre 2013.

5.1.6 Mortalità e morbosità materna

Monica Da Frè - ARS Toscana

Valeria Dubini - Azienda sanitaria di Firenze

La mortalità e morbosità materna grave correlate al travaglio o al parto sono eventi sempre più rari in Italia, così come nel resto dei Paesi socialmente avanzati, ma non possono essere definiti come un problema del passato. Il fenomeno risulta però

sottostimato, poiché la sua corretta rilevazione incontra notevoli ostacoli legati alla bassa frequenza ma anche alla complessità della definizione che richiede la conoscenza non solo del decesso, ma anche delle cause di morte e del timing. Secondo l'ICD-10⁵¹ la morte materna è la morte di una donna durante la gravidanza o entro 42 giorni dal suo termine, indipendentemente dalla durata o dalla sede della gravidanza, per qualsiasi causa legata o aggravata dalla gravidanza o dal suo management, ma non per cause accidentali o incidentali.

Con l'obiettivo di stimare correttamente la mortalità e la morbosità materna, l'Istituto superiore di sanità ha realizzato il progetto “Studio sulle cause di mortalità e morbosità materna e messa a punto di modelli di sorveglianza della mortalità materna”, in collaborazione con sette Regioni/Provincie italiane: Toscana, Provincia autonoma di Trento, Piemonte, Emilia-Romagna, Lazio, Campania e Sicilia. La mortalità materna e le principali cause associate sono state rilevate attraverso il record linkage tra le Schede di morte ISTAT e le Schede di dimissione ospedaliera nelle regioni partecipanti e la successiva analisi delle cartelle cliniche (Senatore et al., 2012).

Tra il 2001 a il 2006 sono state rilevate in Toscana 12 morti materne: 8 dirette, vale a dire causate da complicazioni ostetriche, e 4 indirette, quindi causate da malattie preesistenti o insorte durante la gravidanza e aggravate dagli effetti fisiologici della gravidanza stessa. Le cause più frequenti delle morti materne dirette sono rappresentate da tromboembolia (2 casi) ed emorragia post-partum (2 casi).

Sebbene la Toscana, nel periodo dello studio, si sia collocata tra le regioni italiane con il più basso rapporto di mortalità materna (6,4 morti materne per 100.000 nati vivi), anche nella nostra regione si è rilevato un valore doppio rispetto a quanto risulta selezionando le morti materne dalle schede di morte ISTAT (3 per 100.000 nati vivi), con una sottostima del 57%.

Si deve tuttavia notare che la sottostima nel dato nazionale risulta del 63%, e che la mortalità materna globale per le regioni incluse nello studio è risultata dell'11,8 per 100.000 nati vivi (118 casi in totale), contro il 4,4 per 100.000 nati vivi riportato dalle schede di morte ISTAT.

In Toscana, così come in Italia, il rischio di mortalità materna nelle donne con età superiore o uguale a 35 anni raddoppia rispetto alle classi di età più giovani (**Tabella 5.10**). Questo dato concorda con la letteratura internazionale, secondo cui all'aumentare dell'età della donna aumenta il rischio di mortalità materna per gravidanza, parto o altro esito.

⁵¹ *International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10 – Classificazione internazionale delle malattie, X revisione).*

Tabella 5.10**Mortalità materna entro 42 giorni per età della madre in Toscana – Anni 2001-2006**

Età	Morti materne	MMR*	RR§ (IC 95%)
<35 anni	7	5,4	1,0
≥35 anni	5	10,0	1,9 (0,6-5,8)

*Rapporto di mortalità materna: numero di morti materne su 100.000 nati vivi.

§ Rischio relativo.

Per quanto riguarda le morti materne tardive (43-365 giorni dal termine della gravidanza), per il periodo esaminato sono state 19 (2 dirette, 15 indirette, 2 non classificate). Tra le morti tardive indirette prevalgono le patologie neoplastiche (9 casi), problemi cerebrovascolari (3 casi) e i suicidi (2 casi).

L'analisi della morbosità materna è stata effettuata attraverso lo studio dei *near miss* utilizzando come fonte la SDO. Per *near miss* si intende una donna per la quale sono sopravvissute complicate complicazioni in gravidanza, al parto o entro 42 giorni dal suo termine così gravi da mettere in pericolo la sua vita, ma rispetto alle quali la donna è sopravvissuta grazie all'assistenza ricevuta. Il ricovero in terapia intensiva o in unità coronarica è stato utilizzato come indice di gravità dell'evento.

I casi di *near miss* di donne residenti in Toscana negli anni 2004-2005 sono stati 133 dei quali 110 associati al parto, registrando nel biennio un tasso di morbosità pari a 1,8 per 1.000 parti. Il dato è in linea con quello nazionale (2,0 per 1.000 parti). Le cause associate ai casi di *near miss* sono relative a emorragie ostetriche per il 27,8%, riguardano ipertensione, eclampsia o pre-eclampsia per il 23,3% e coagulazione intravasale disseminata (CID) per il 15,8%.

Anche se le numerosità sono tali da non portare a stime statisticamente significative, in Toscana, come a livello nazionale, lo studio dei *near miss* delinea un rischio maggiore per le donne di età superiore o uguale a 35 anni, per le donne di nazionalità straniera e soprattutto per le donne sottoposte a TC con un RR di 8,2 (**Tabella 5.11**).

Tabella 5.11**Fattori associati alla morbosità materna grave in Toscana – Anni 2004-2005**

	Morti materne	SMMR*	RR (IC 95%)
Età			
<35 anni	74	1,7	1,0
≥35 anni	36	2,0	1,2 (0,8-1,8)
Cittadinanza			
Italiana	93	1,8	1,0
Straniera	17	2,1	1,2 (0,7-2,0)
Modalità del parto			
Vaginale	28	0,6	1,0
Taglio cesareo	81	4,9	8,2 (5,3-12,6)

*Numero di *near miss* su 1.000 parti.

Sebbene in Toscana la morte materna si presenti raramente, si tratta però di un evento drammatico, con importanti ricadute dal punto di vista sociale, psicologico e, per quanto riguarda gli operatori, anche professionale: è inoltre un indicatore importante delle condizioni generali di salute e di sviluppo del sistema socio-sanitario.

Proprio per questo l'analisi del fenomeno è molto difficile e richiede un'assoluta confidenzialità e la massima collaborazione da parte degli operatori: è indubbio che lo studio dei *near miss* assume una grande importanza in questo contesto sia per la maggiore numerosità sia per la possibilità di condurre a concreti risultati, consentendo l'individuazione dei correttivi possibili per prevenire sia la morbosità che la mortalità materna.

Non si può infine non richiamare l'attenzione sui rischi che l'aumento dell'incidenza dei TC nel nostro Paese, insieme all'età materna al parto sempre più elevata, possono comportare nel prossimo futuro.

Bibliografia

- Senatore S, Donati S, Andreozzi S. (2012) Studio delle cause di mortalità e morbosità materna e messa a punto dei sistemi di sorveglianza della mortalità materna. Rapporti Istisan 12/06.

5.1.7 Infertilità e procreazione medicalmente assistita

Claudia Livi - Centro procreazione assistita “Demetra”, Firenze

La maggior parte delle coppie che progetta di avere figli generalmente non si pone la questione del “se” ma piuttosto del “quando”. Per alcune, il tentativo di concepire un figlio sarà un obiettivo immediato, mentre altre sceglieranno di ritardare il concepimento a momenti per la loro vita più opportuni. Ma circa una coppia su 5 (20%) avrà problemi di infertilità, definita come un mancato concepimento dopo un anno di rapporti non protetti. Il 5-10% di queste coppie avrà necessità di una consulenza specialistica. In Italia, il problema riguarda circa 500.000 persone.

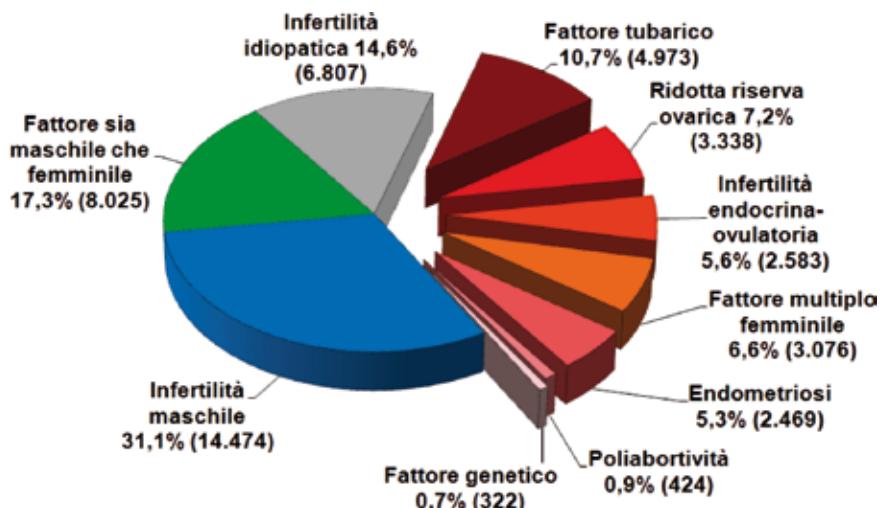
Il numero di coppie che ha difficoltà al concepimento è sempre maggiore, con un incremento calcolato del 10% negli ultimi 30 anni, attribuibile a molti fattori,

incluso il posticipo delle gravidanze e l'aumento di malattie a trasmissione sessuale che interferiscono in vari modi con la fertilità. Negli anni è diminuito invece il tempo che intercorre dalla sospensione delle precauzioni al momento in cui si effettua una consulenza. Si è abbassata anche l'età media delle coppie infertili che si rivolgono allo specialista: principalmente per la migliore conoscenza del problema e per la diffusione - a livello di media e di informazione – delle tecniche di procreazione assistita. E in costante crescita è il ricorso a queste tecniche: circa il 75% delle coppie infertili si sottoporrà ad un qualche tipo di trattamento.

Le tecniche di Procreazione medicalmente assistita (PMA) si dividono classicamente in tecniche di 1° e 2° livello. A livelli crescenti corrisponde naturalmente una complessità maggiore, che prevede laboratori maggiormente attrezzati (sia per strumentazione che per operatori) con investimenti continui ed embriologi con grande esperienza, che potranno mantenere percentuali di gravidanza adeguate.

L'Italia non fa eccezione rispetto all'aumento di pazienti che necessitano di cicli di trattamento: nel 2011 sono state trattate (Ministero della salute, 2013) 73.570 coppie che hanno iniziato 96.427 cicli di trattamento, con 15.467 gravidanze ottenute e 12.000 bambini nati. Rispetto al 2005, anno in cui il Registro nazionale ha effettuato la prima rilevazione, l'incremento del numero di coppie trattate è stato del 58% e del 52% quello dei cicli iniziati. L'etiology dell'infertilità si distribuisce in modo omogeneo fra cause maschili (31,1% dei casi) e femminili (37%). Sebbene si sia ridotta nel corso degli anni, rimane tuttora molto importante (14,6% dei casi) il peso dell'infertilità cosiddetta idiopatica, vale a dire i casi in cui ancora non si riesce a identificare la causa dell'infertilità (**Figura 5.6**).

Figura 5.6
Distribuzione delle coppie trattate con cicli a fresco secondo le cause di infertilità (tra parentesi il numero di coppie in valore assoluto) - Fonte: ISS, Registro nazionale PMA (Ministero della Salute, 2013)

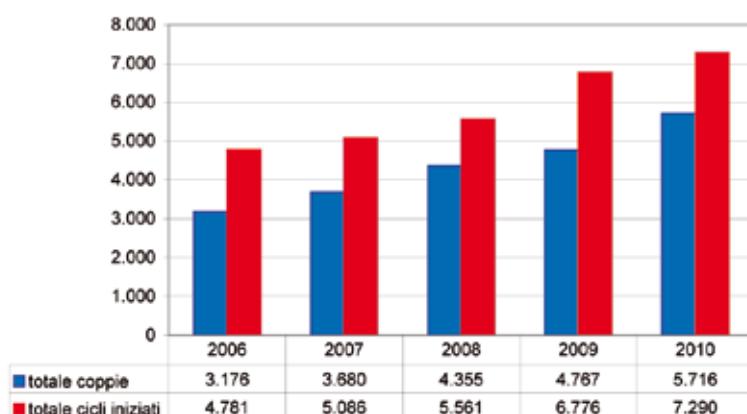


Anche in Toscana (**Figura 5.7**), negli anni, si è assistito sia ad un aumento del numero delle coppie afferite ai Centri di infertilità regionali (+80% dal 2006) sia ad un aumento del numero dei cicli iniziati (+53% dal 2006).

In Toscana si assiste anche al flusso di coppie di pazienti provenienti da altre regioni. Questo fenomeno vede nella Toscana un fortissimo polo di attrazione (specialmente dalle regioni limitrofe Emilia-Romagna e Lazio): nel 2009, il 37% dei pazienti che effettua cicli di PMA proviene da altre regioni (**Figura 5.8**).

Anche presso il Centro Demetra il flusso dei pazienti ha avuto un andamento sovrapponibile, con un incremento nel 2012 rispetto all'anno precedente del 10% di pazienti afferiti e con un aumento del 30% dei pazienti che risiedono fuori regione. Il numero delle coppie che si rivolge ai Centri di infertilità è quindi in aumento.

Figura 5.7
Numero di coppie afferite ai centri di infertilità regionali e numero di cicli iniziati -
Fonte: Regione Toscana, Ass. salute, Dip. Equità e accesso

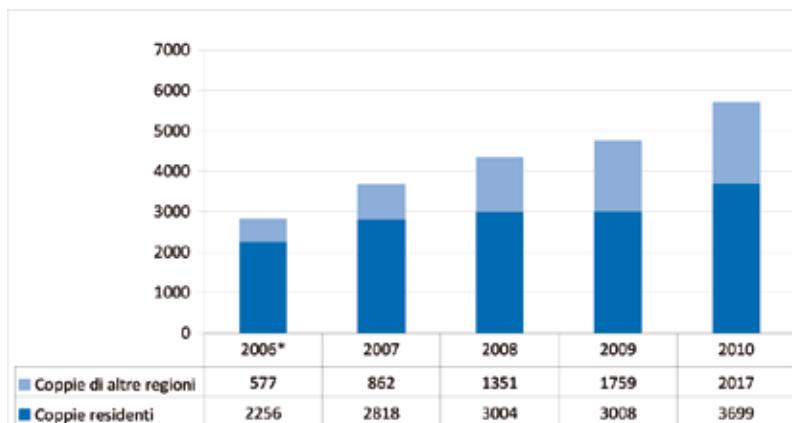


L'infertilità ha un impatto molto forte sulla coppia: se “avere figli” può aver perduto l'antica valenza sociale, “fare un figlio” sembra che conservi, nella nostra società, una rilevanza biologica e psicologica primordiale. L'infertilità individuale è vissuta come una menomazione. Le reazioni iniziali alla consapevolezza della propria difficoltà a procreare sono di shock e di sorpresa, man mano sostituite da atteggiamenti di rifiuto, di collera e di angoscia (Peterson BD et al, 2008). Essere inferti è una perdita emotivamente simile ad altre, ma ha una peculiarità: è invisibile e non esistono tuttora rituali collettivi che possano renderla pubblica e più tollerabile. L'infertilità ha inoltre molte delle caratteristiche della malattia cronica: spesso si prolunga per molto tempo, l'esito è incerto, il coinvolgimento emotivo è significativo. Come coloro che soffrono di una malattia cronica, la coppia infertile avverte che la qualità della propria vita è negativamente condizionata, poiché

tutti gli aspetti della vita di relazione – il lavoro, la sessualità, le relazioni con gli amici – ne vengono in qualche modo coinvolti (Peterson BD et al, 2006).

Figura 5.8

Numero di coppie afferite ai centri di infertilità regionali residenti in regione e fuori regione - Fonte: Regione Toscana, Ass. salute, Dip. Equità e accesso



* Per il 2006 il dato sulla residenza non è disponibile per 343 coppie di un centro.

Molte ricerche hanno chiaramente stabilito la relazione fra stress e infertilità dimostrando che quest'ultima porta a depressione, ansietà, senso di colpa, isolamento sociale e diminuzione dell'autostima sia negli uomini che nelle donne (Huppelschoten Aleida et al, 2013). Se niente può essere detto sulle cause di infertilità – equamente divise come abbiamo visto fra maschili e femminili – possiamo invece sottolineare come le differenze di genere bene emergano nel modo di affrontare il desiderio insoddisfatto di figli. Le partner femminili e i partner maschili si confrontano in modo diverso con l'esperienza e i trattamenti medici e il fatto che la coppia sperimenti insieme l'infertilità non significa che questa venga vissuta nello stesso modo. È stato riportato in molti lavori che gli uomini e le donne differiscono nell'intensità delle loro reazioni all'infertilità, con le donne che sperimentano un'angoscia maggiore rispetto agli uomini (Bayley TM et al., 2009).

Per decenni, la ricerca psicosomatica ha affermato che le donne soffrono per l'infertilità molto più dei loro partner (Jordan C e Revenson TA, 1999). Le differenze di genere osservate trovano diverse spiegazioni. La maternità è un aspetto centrale del ruolo femminile tradizionale, e non poter avere figli incide molto profondamente e in modo negativo sull'immagine di sé. Il vissuto e il significato della riproduzione nelle donne, molto profondo e iscritto nel proprio corpo, si lega poi al valore o all'importanza che viene data dal singolo o dalla coppia all'essere genitori e ad avere figli. È importante valutare questo aspetto, per considerare il posto che ha la genitorialità nella costruzione della propria identità: se è alto il valore dato all'avere figli, maggiore sarà il disagio

nel momento in cui si scopre di non poterli avere (Dunkel-Schetter C e Stanton AL, 1991).

I risultati di molte ricerche sostengono che l'angoscia palesemente maggiore delle donne in risposta all'infertilità può riflettere molto bene le differenze sociali nei modi che donne e uomini hanno per fronteggiare gli eventi negativi e lo stress (Webb RE e Daniluk JC, 2013).

In linea con le regole "maschili", alla diagnosi di infertilità, molti uomini tendono a negare le proprie emozioni nello sforzo di sostenere le loro partner e questo prendere le distanze potrebbe essere un modo di proteggere le donne dal loro dolore. Nella nostra visione sociale, gli uomini "hanno il controllo" e "prendono il comando della situazione": per loro, quando si confrontano con la diagnosi e le terapie dell'infertilità, è normale assumere un atteggiamento tipo "soluzione del problema". Recentemente, due ricercatori (Jaffe J e Diamond MO, 2010) hanno puntualizzato che donne e uomini esprimono il dolore in modi stereotipati e differenti: mentre le donne danno voce alla loro angoscia e hanno necessità di parlarne in modo estensivo, gli uomini normalmente prendono il ruolo del partner "stoico". In modo coerente con l'educazione sociale ricevuta, le donne esprimono molto più degli uomini i loro sentimenti di tristezza, dolore e perdita; sanno che ciò non cambierà la loro situazione, ma le farà sentire meglio. Differenze di genere marcano come la coppia reagisce all'infertilità, come ce la fa, in che modo esprime i propri sentimenti. Questo non significa che diventare genitore sia più importante per una donna rispetto a un uomo: significa solo che sono diversi i modi di esprimere sentimenti e rispondere allo stress.

Un'altra differenza di genere è che – in quasi tutti i casi – è la donna che si prende la responsabilità di iniziare l'iter diagnostico.

È la donna che per prima riconosce il problema; è sempre la donna che prende il primo appuntamento dallo specialista per presentarsi successivamente in compagnia del partner. Perché? Perché nella loro vita le donne hanno maggiore confidenza con i medici? Per la delega che storicamente loro hanno per tutto ciò che riguarda la cura? O forse perché la fertilità e la sterilità sono viste socialmente come una "cosa di donne"? (È recente la consapevolezza che anche gli uomini possono essere responsabili dell'infertilità).

La biologia riproduttiva della donna, sebbene più complessa di quella dell'uomo, è più conosciuta, e le donne sono sottoposte ad un numero maggiore di test diagnostici e sono il focus dell'intervento medico. La donna prende su di sé il peso della cura dell'infertilità di coppia, anche se la propria non ne è coinvolta (van Balen F et al, 1996), per esempio quando viene diagnosticato un fattore maschile. Anche in questo caso, nelle tecniche di procreazione assistita è sul corpo della donna che si effettua il trattamento medico. Con una frase efficace, il trattamento per infertilità è stato definito da una paziente "come donare il corpo alla scienza restando vivo" (comunicazione personale). Inoltre, la diagnosi di un fattore maschile di infertilità è più fortemente associata con problemi sessuali, rispetto alla diagnosi di fattore femminile. I report dei media sulla "diminuzione degli spermatozoi" tendono a costruire una mascolinità stereotipata e far

coincidere l'infertilità maschile con l'impotenza, sebbene sia noto che l'infertilità non ha nessun legame fisico con questa. Tuttora, spesso, si crede che se un uomo è infertile, questo sia sinonimo di impotente (Hinton L e Miller T, 2013).

Uno studio effettuato in Danimarca riporta che in un questionario distribuito a 210 uomini che dovevano sottoporsi ad un ciclo di trattamento ICSI⁵² per oligospermia, il 37% dei partecipanti ha affermato che è la ridotta qualità dello sperma (e non la procedura ICSI di per sé) che tocca la loro percezione di mascolinità (Wischmann T e Thorn P, 2013).

Dobbiamo anche non dimenticare che l'evento più stressante per tutte le coppie viene riferito essere non tanto il ciclo di trattamento in sé, quanto provare ad avere una gravidanza e non riuscirci.

Ricerche recenti suggeriscono un'altra chiave di lettura: che la differente reazione psicologica degli uomini e delle donne all'infertilità debba essere interpretata attraverso una migliore comprensione delle differenze di genere in reazione allo stress, agli stress emozionali e al dolore piuttosto che come una reazione specifica all'infertilità (Fisher JRW et al, 2010). Queste differenze rendono la comunicazione ed il dover prendere decisioni molto difficile: nella consulenza della coppia, le strategie personali messe in atto per fronteggiare l'infertilità dovrebbero ricevere uguale attenzione e la differenza di genere dovrebbe essere esplicitata e definita perché diventi una risorsa e non un problema.

Bibliografia

- Bayley TM et al (2009). Relationships between attachment, appraisal, doping and adjustment in men and women experiencing infertility concerns. *Hum Reprod* 24, p.2827-2837).
- Dunkel-Schetter Christine e Stanton Annette L (1991). Infertility: Perspectives from stress and coping research. Cap.10, p. 196-222: Plenum Press, NY.
- Fisher JRW et al (2010). Long-term health, well-being, life satisfaction, and attitudes toward parenthood in men diagnosed as infertile: challenges to gender stereotypes and implication for practice. *Fertil Steril*, 94, 574-580.
- Hinton L e Miller T (2013). Mapping men's anticipations and experiences in the reproductive realm: (in)fertility journeys. *Reprod Biomed Online*, in press.
- Huppelschoten Aleida et al (2013). Do infertile women and their partners have equal experiences with fertility care? *Fertil Steril* vol.99(3); 832-838.

⁵² Intracytoplasmic Sperm Injection (ICSI – Iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo).

- Jaffe J e Diamond MO (2010). Reproductive trauma. Psychotherapy with infertility and pregnancy loss clients. American Psychological Association, Washington
- Jordan C. e Revenson T.A. (1999). Gender differences in coping with infertility: a meta-analysis. *J Behav Med* 22, 341-358.
- Ministero della salute (2013). Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenete norme in material di procreazione medicalmente Assistita (Legge 10 febbraio 2004, n.40, art. 15). Sito Istituto superiore di sanità: www.iss.it/registropma.
- Peterson BD, Newton CR, Rosen KH, Skaggs GE (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Hum Reprod*, 21, 2443-2449.
- Peterson BD, Pirritano M, Christensen U, Schmidt L. (2008) The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Hum Reprod*, 23, 1128-1137.
- van Balen F et al (1996). In vitro fertilization: the experience of treatment, pregnancy and delivery. *Hum Reprod*, 11, 95-98).
- Webb RE e Daniluk JC (1999). The end of the line: infertile men's experiences of being unable to produce a child. *Men Mascul* 2, 6-25.
- Wischmann T e Thorn P (2013). (Male) infertility: what does mean to men? New evidence from quantitative and qualitative studies. *Reprod BioMedicine Online*, in press.

5.1.8 Menopausa e menopausa precoce

Angelamaria Becorpi - AOU Careggi
Vincenzina Bruni - Università degli Studi di Firenze
Sonia Baccetti – Azienda sanitaria di Firenze
Zelinda Tredici - Università degli Studi di Firenze

Epidemiologia

In Italia l'età media alla menopausa naturale risulta di 50,8 anni. Circa l'1% delle donne ha una menopausa spontanea prima dei 40 anni⁵³ ed il 10% tra i 40 ed i 45

⁵³

Premature Ovarian Insufficiency (POI – Insufficienza ovarica prematura).

anni, inoltre circa il 15% va incontro a menopausa chirurgica ad un'età media di 42 anni (progetto Menopausa Italia 2005). Fra le donne di età inferiore ai 40 anni, il 3,4-4,5% ha una menopausa su base iatrogena conseguente ad interventi chirurgici, terapia farmacologica o radiante. Dati internazionali definiscono 51,4 anni come età media alla menopausa nella popolazione caucasica (Gold EB et al., 2001). Vari fattori influenzano l'età alla menopausa: genetici, secondo molti studi anche riproduttivi, etnici e di stile di vita (il fumo di sigaretta tende ad anticiparla di 1,5-2 anni). Studi prospettici e multietnici evidenziano che la menopausa spontanea insorge più precocemente nelle donne ispaniche, più tardivamente nelle giapponesi, mentre nelle donne afro-americane si colloca intorno ai 49,3 anni e nella popolazione peruviana e maya, nonostante la loro elevata parità, fra 45 e 47 anni (Henderson KD et al., 2008; Bromberger JT et al., 1997).

Manifestazioni cliniche

Secondo i dati del progetto Menopausa Italia (studio epidemiologico, prospettico osservazionale), la prevalenza della sintomatologia climaterica nelle donne Italiane afferenti ai Centri per la menopausa risulta: 50% per i sintomi vasomotori, 45% per i disturbi dell'umore, del sonno e di memoria, 50% per l'irritabilità, 35% per la cefalea e 25% per i problemi urinari (**Tabella 5.11**). Vari fattori influenzano la frequenza e l'intensità della sintomatologia climaterica: aspetti socio-economici, elevato Indice di massa corporea (IMC), fumo e menopausa indotta aumentano il rischio di sintomi vasomotori, mentre la parità è associata a più frequenti sintomi urinari e psicologici. L'intensità e la frequenza delle manifestazioni cliniche variano inoltre nelle varie fasi del periodo climaterico: sintomi vasomotori risultano più intensi durante il periodo finale della premenopausa e l'inizio della postmenopausa, con una prevalenza compresa fra 60 e 80%; i disturbi del sonno si presentano nel 32-40% nella fase iniziale della premenopausa incrementando fino al 45% nella postmenopausa; disturbi vaginali ed urinari sono più frequenti nella postmenopausa con una prevalenza a 3 anni dopo la menopausa del 47% e del 14% rispettivamente (Woods and Mitchell 2005). Più del 60% delle donne in peri-postmenopausa presenta un declino di almeno uno degli aspetti della sfera sessuale (desiderio, frequenza dei rapporti, capacità di raggiungere l'orgasmo e soddisfazione) (Abdullah RT et al., 2006; Larsen EC et al., 2002; Sarti D et al., 2010). Tutti i sintomi menopausali, eccetto quelli cognitivi, risultano meno comuni nelle popolazioni giapponese e cinese rispetto a quella caucasica non ispanica; le donne afro-americane presentano minori disturbi urinari e del sonno, ma più intensi sintomi vasomotori e sechezza vaginale rispetto alle donne caucasiche (Ellen B Gold et al., 2000 e 2006). La carenza estrogenica caratteristica della menopausa tende, in associazione con l'avanzare dell'età, ad aumentare il rischio di sviluppare osteoporosi e patologie cardiovascolari. Dati italiani evidenziano infatti la presenza di osteoporosi nel 32% delle donne di età compresa fra 60 e 69 anni e nel 45% delle donne fra 70 e 79 anni (Adami S et al., 2003). Fra le donne Italiane in menopausa circa il 45% è iperteso, il 36% presenta

ipercolesterolemia, il 30% è obeso e il 39% in sovrappeso, il 12% diabetico e il 32% è affetta da sindrome metabolica, inoltre il 18% fuma in media 13 sigarette al giorno e circa il 48% non svolge attività fisica durante il tempo libero (progetto Cuore ISS, 1998-2002).

Tabella 5.11
Prevalenza dei sintomi climaterici nelle donne afferenti al progetto Menopausa Italia

Sintomo	Intensità	%
Vampate/sudorazioni	Moderata-Severa	30,9%-22,9%
Disturbi dell'umore	Moderata/Severa	44,9%
Disturbi del sonno	Moderata/Severa	47%
Difficoltà di concentrazione e memoria	Moderata/Severa	45,2%
Irritabilità	Moderata/Severa	50,6%
Cefalea	Moderata/Severa	35,5%
Sintomatologia urinaria	Moderata/Severa	27,4%

Terapia ormonale sostitutiva

Nel corso dell'ultimo decennio, essenzialmente dal periodo successivo alla pubblicazione dei dati dello studio americano *Women's Health Initiative* (WHI) nel 2002, si è osservata in Italia una costante diminuzione della prescrizione dei farmaci per la terapia ormonale sostitutiva (TOS), passando da circa 30 dosi giornaliere di farmaco ogni 1.000 abitanti (DDD) nel periodo 2000-2002 alle 15 (DDD) osservate nel 2010 (Donati S et al., 2012). Anche negli Stati Uniti la percentuale delle prescrizioni di TOS è diminuita dopo il WHI, riducendosi del 66% per la terapia combinata estrogeni e progestinici e del 33% per i soli estrogeni. Linee-guida internazionali, espressioni delle maggiori Società scientifiche del settore, hanno riaffermato l'importanza della TOS nel trattamento della paziente sintomatica, con inizio in fase menopausale precoce e per una durata ottimale compresa nei tre-cinque anni, dopo adeguata selezione della paziente da sottoporre al trattamento. A conferma di questa tendenza, dati USA hanno messo in evidenza come le ginecologhe e le mogli di ginecologi di New York facciano un uso significativo di TOS (76% delle donne esaminate), così come dati italiani evidenziano una percentuale di utilizzo del 64% fra le donne medico esaminate e del 58% fra le mogli di medici (Gayatri D et al., 2013; Biglia N et al., 2006).

Terapie complementari

Esiste ad oggi un numero sempre maggiore di studi su uso ed efficacia delle terapie complementari che consegue alla tendenza delle donne a impiegare terapie considerate con minori effetti collaterali. I fitoestrogeni sono considerati un'alternativa naturale per la riduzione della sintomatologia da carenza estrogenica, così come i preparati omeopatici. Trial clinici randomizzati dimostrano l'efficacia dell'agopuntura nella riduzione della sintomatologia climaterica, migliorando anche la qualità di vita. La disponibilità delle

medicine complementari nel Servizio sanitario regionale facilita la loro diffusione fra le donne toscane che si curano con l'agopuntura negli ambulatori delle Aziende sanitarie di Firenze, Grosseto (Pitigliano), Pistoia, Prato e della Azienda ospedaliero-universitaria di Pisa e con l'omeopatia negli ambulatori delle Aziende sanitarie di Lucca, dove vi è anche uno specifico Centro per la salute della donna, Firenze, Grosseto e Viareggio. L'introduzione nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) regionali di agopuntura, fitoterapia e omeopatia, infatti, garantisce uguaglianza di accesso ai servizi ambulatoriali toscani di medicina complementare.

Menopausa precoce

La *Premature Ovarian Insufficiency* (POI - Insufficienza ovarica prematura)⁵⁴ rispecchia una condizione di amenorrea di durata non inferiore ai 4 mesi, caratterizzata da un aumento dei livelli di FSH⁵⁵ oltre 30-40 UI/litro e dei livelli di 17 beta estradiolo inferiori a 50 pg/ml controllati in almeno due valutazioni eseguite a distanza di un mese. L'incidenza è dell'1% in donne di età inferiore ai 40 anni, 0,1 % sotto i 30 anni, 0,01% in donne di età inferiore a 20 anni. Nel 76% dei casi questa condizione si esprime come amenorrea secondaria ad insorgenza dopo cicli mestruali regolari, talora dopo la sospensione di un trattamento ormonale contraccettivo o subito dopo una gravidanza o dopo un periodo di irregolarità mestruali; nel 10% dei casi come amenorrea primaria (Oshan SA et al., 2009). Può essere presente una residua funzione ovarica, scarsamente prevedibile dai dati clinici, in circa il 50% dei casi, con gravidanze nel 10% dei casi. La POI può essere conseguenza di cause diverse (**Tabella 5.12**).

Tabella 5.12
Più comuni e meno comuni cause di POI

Più comuni cause di POI	Meno comuni cause di POI
Anormalità cromosomiche (disgenesi gonadica con o senza Sindrome di Turner)	Parte di endocrinopatie multiple: - Ipoparatiroidismo - Ipoadrenalismo - Candidiasi mucocutanea
Premutazione del cromosoma X (FMR1 gene) Sindrome X Fragile	Malattie autoimmuni: - Ooforite linfocitaria autoimmune - Sindrome di Sjogren - Miastenia gravis - Artrite Reumatoide - Lupus Eritematoso Sistemico
Danno da terapia farmacologica o radiante	Infezioni virali Galattosemia
Annessiectomia chirurgica	Sarcoidosi

⁵⁴ Ha sostituito il precedente *Premature Ovarian Failure* (POF – Decadimento prematuro della funzione ovarica) a significare un concetto più ampio di espressioni cliniche dell'insufficienza ovarica, tra esse compreso un possibile, sia pur transitorio, recupero.

⁵⁵ Follicle-stimulating Hormone (FSH – Ormone follicolo-stimolante).

Caratteristiche cliniche

Varie le espressioni cliniche modulate sulla patologia di base con un denominatore comune: lo stato di ipoestrogenismo conseguente alla carenza follicolare. A questo conseguono immaturità del tratto genitale e mancato raggiungimento del picco di massa ossea se la patologia è precocemente insorta, ipotrofia delle mucose vulvovaginali, osteopenia ed osteoporosi variamente espresse in relazione agli anni di regolarità mestruale e all'etiology della POI, aumentato rischio di patologia cardiovascolare, riduzione della libido, ridotta autostima in buona parte legata al danno sulla funzione riproduttiva.

POI e densità minerale ossea (BMD) - La POI è fattore di rischio per osteoporosi: alla diagnosi il 3,6 % già presenta osteoporosi, il 25,9% osteopenia; dati su pazienti in normale menopausa evidenziano che i bassi livelli di estradiolo endogeno sono predittivi di possibili fratture vertebrali, indipendentemente da altri fattori di rischio (Finigan J et al., 2012). Come già accennato, la POI in età evolutiva, sia essa da cause genetiche che oncologiche può avere effetti negativi ancora più rilevanti sulle condizioni dell'osso impedendo la formazione del picco di massa ossea o il suo completamento (Amarante F et al., 2011; Bagger YZ 2004).

POI e patologia cardiovascolare - Si stima un incremento dell'80% di rischio di patologia cardiaca ischemica in donne con menopausa <40 anni rispetto a donne con menopausa tra 49 e 55 anni; maggior rischio nella POI chirurgica. Effetti avversi sul metabolismo glicidico e lipidico, aumentato rischio di sindrome metabolica e precoci disfunzioni endoteliali sono stati descritti in donne con POI (Corrigan EC et al., 2006; Knauff EA et al., 2008; Kalantaridou et al., 2004).

POI e funzione cognitiva - L'ovariectomia pre-menopausale sembra danneggiare la funzione cognitiva e aumentare il rischio di Parkinson (Rocca WA et al., 2008).

Terapia

Consegue a due condizioni fondamentali: l'etiology della POI (patologia neoplastica, genetica, immunologica ecc.) e l'età della paziente al momento in cui è insorta. Obiettivi della terapia sono: completamento/acquisizione del picco di massa ossea nei soggetti molto giovani e successiva prevenzione di osteopenia e osteoporosi; estrogenizzazione del tratto genitale inferiore con preparazione a programmi di fecondazione assistita, se richiesto; induzione della mestruazione e suo mantenimento (possibili regimi estesi che non prevedono la ricorrenza mensile della mestruazione); prevenzione di patologia cardiovascolare; miglioramento della funzione cognitiva e del benessere personale (Davenport ML 2008; Ettinger B et al., 2004; Farr JN et al., 2013).

Bibliografia

- Gruppo di studio progetto Menopausa Italia, AOGOI (2005). Il Progetto Menopausa Italia: dati epidemiologici Italiani. ATTI della Società italiana ginecologia e ostetricia - Volume LXXXI.
- Gold EB, Bromberger J, Crawford S, et al. (2001). Factors associated with age at natural menopause in a multiethnic sample of midlife women. Am J Epidemiol 153(9):865.
- Henderson KD, Bernstein L, Henderson B, et al. (2008). Predictors of the timing of natural menopause in the Multiethnic Cohort Study. Am J Epidemiol 167 (11):1287.
- Bromberger JT, Matthews KA, Kuller LH, et al. (1997). Prospective study of the determinants of age at menopause. Am J Epidemiol Jan 15;145(2):124-33
- Abdullah RT, Muasher SJ (2006). Surviving cancer, saving fertility: the promise of cryopreservation. Sexuality, Reproduction and Menopause 4(1): 7-12.
- Larsen EC, Muller J et al. (2002). Reduced Ovarian function in long term survivors of radiation and chemotherapy treated childhood cancer. I Clin Endocrinol Metab 88:5307-5314.
- Woods and Mitchell (2005). Symptoms during the perimenopause: prevalence, severity, trajectory, and significance in women's lives. Am J of Medicine 118(128): 14S-24S.
- Sarti D et al. (2010). Correlates of sexual functioning in Italian menopausal women. Climacteric 13: 447-456.
- Ellen B. Gold et al. (2000). Relation of Demographic and Lifestyle Factors to Symptoms in a Multi-Racial/Ethnic Population of Women 40-55 Years of Age. Am J Epidemiol 152(5): 463-473
- Ellen B. Gold et al. (2006). Longitudinal Analysis of the Association Between Vasomotor Symptoms and Race/Ethnicity Across the Menopausal Transition:Study of Women's Health Across the Nation. Am J of Public Health 96 (7): 1226-1235
- Adami S, Giannini S, Giorgino R et al. (2003). ESOPO Epidemiological Study On the Prevalence of Osteoporosis. The effect of age, weight and lifestyle factors on calcaneal quantitative ultrasound: the ESOPO study. Osteoporos Int, 14:198-207.
- Tenenhouse A, Joseph L, Kreiger N, et al. (2000). Estimation of the prevalence of low bone density in Canadian women and men using a population-specific DXA reference standard: the Canadian Multicentre Osteoporosis Study (CaMos). Osteoporos Int, 11: 897-904.
- Progetto Cuore ISS (1998-2002). Epidemiologia e prevenzione delle malattie cerebro e cardiovascolari.
- Donati S, Mosconi P, et al. (2012). Epidemiologi e Sanità Pubblica. Progetto "Con me": conoscere la menopausa. Rapporti ISTISAN 12/27, ISSN.

- Gayatri Devi et al. (2013). Current attitudes on self-use and prescription of hormone therapy among New York City gynaecologists. *Menopause International Online* 0-6.
- Biglia N. et al. (2006). Personal use of hormone therapy by postmenopausal women doctors and male doctors' wives in Italy after the publication of WHI trial. *Maturitas* 54: 181-192.
- F. Amarante, L.C. Vilodre, M.A. Maturana et al. (2011). Women with primary ovarian insufficiency have lower bone mineral density. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* 44: 78-83.
- Bagger YZ, Tankó LB, Alexandersen P, et al (2004). Two to three years of hormone replacement treatment in healthy women have long-term preventive effects on bone mass and osteoporotic fractures: the PERF study. *Bone*;34:728–35.
- Corrigan EC, Nelson LM, Bakalov VK, et al (2006). Effects of ovarian failure and X-chromosome deletion on body composition and insulin sensitivity in young women. *Menopause*;13:911–6
- Kelnar CJH, Hamish W, Wallace B. (2010). Physiological versus standard sex steroid replacement in young women with premature ovarian failure: effects on bone mass acquisition and turnover. *Clinical Endocrinology* 73, 707–714.
- Davenport ML (2008). Moving toward an understanding of hormone replacement therapy in adolescent girls. *Ann NY Acad Sci* 1135, 126 – 137.
- Ettinger B, Ensrud KE, Wallace R, et al. (2004). Effects of ultralow-dose transdermal estradiol on bone mineral density: a randomized clinical trial. *Obstet Gynecol* 104 (3),443-51.
- Farr JN, Khosia S, Miyabara Miller VM, et al. (2013). Effects of moving toward estrogen with micronized progesterone on cortical and trabecular bone mass and microstructure in recently postmenopausal women. *J Clin Endocrinol Metab* 98(2), 249-257.
- Finigan J, Gossiel F, Gluer CC, et al. (2012). Endogenous Estradiol and The Risk of Incident Fracture in Postmenopausal Women: The OPUS Study. *Calcif Tissue Int* 91:59–68.
- Kalantaridou, S.N. et al. (2004) Impaired endothelial function in young women with premature ovarian failure: normalization with hormone therapy. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 89, 3907–3913.
- Langrish JP, Mills NL, Bath LE, et al. (2009). Cardiovascular Effects of Physiological and Standard Sex Steroid Replacement Regimens in Premature Ovarian Failure. *Hypertension* 53;805-811.
- Knauff EA, Westerveld HE, Goverde AJ, et al. (2008). Lipid profile of women with premature ovarian failure. *Menopause*;15:919–23.
- Orshan SA, Ventura JL, Sharon BA, et al. (2009). Women with spontaneous 46,XX primary ovarian insufficiency (hypergonadotropic hypogonadism) have lower perceived social support than control women. *Fertility and Sterility Vol.* 92, No. 2, 688-693.

- Rocca WA, Bower JH, Maraganore DM, et al. (2008). Increased risk of parkinsonism in women who underwent oophorectomy before menopause. *Neurology*;70:200–9.
- Stanosz S, Zochowska E, Safranow K, et al. (2009). Influence of modified hormone transdermal replacement therapy on the concentrations of hormones, growth factors, and bone mineral density in women with osteopenia. *Metabolism* 58(1):1-7.
- Uygur D, Sengul O, Bayar D, et al. (2005). Bone loss in young women with premature ovarian failure. *Arch Gynaecol Obstet*; 273:17–19.

5.1.9 Identità sessuale

Alessandra D. Fisher, Helen Casale, Giovanni Castellini, Mario Maggi - Università degli Studi di Firenze

Introduzione

L'identità sessuale è costituita da quattro distinte componenti: il sesso biologico, l'identità di genere, il ruolo di genere e l'orientamento sessuale (Zucker K, 2002).

Per "sesso biologico" s'intende l'appartenenza biologica al sesso maschile o femminile ed è determinata dai cromosomi sessuali. Il concetto di "identità di genere" è un concetto a mosaico che indica un continuo e persistente senso di sé prevalentemente come uomo o come donna. L'acquisizione dell'identità di genere è un processo che comporta significati di natura sia cognitiva che affettiva. L'identità di genere costituisce, insieme al ruolo di genere e all'orientamento sessuale, un aspetto della psicosessualità (Zucker K, 2002).

Il concetto di "ruolo di genere" indica invece l'espressione esteriore dell'identità di genere e rappresenta tutto ciò che una persona dice o fa per indicare agli altri o a se stesso il proprio sesso di appartenenza. Il ruolo di genere è un costrutto sociale che dipende dal momento storico e da ciò che il contesto culturale designa come maschile o femminile e come più appropriato al ruolo femminile o maschile (Zucker K, 2002).

Il concetto di "orientamento sessuale" riguarda, infine, la modalità di risposta di una persona ai vari stimoli sessuali, la propria preferenza sessuale, e trova la sua dimensione principale nel sesso del partner, che definisce una persona eterosessuale, bisessuale od omosessuale. L'orientamento sessuale non è dicotomico, ma si estende lungo un continuum che va dall'eterosessualità esclusiva all'omosessualità esclusiva (Zucker K, 2002).

Il processo di acquisizione dell'identità di genere è la risultante di una collaborazione tra “natura e cultura”, vale a dire tra la maturazione biologica – che a partire dal sesso cromosomico produce, tramite la secrezione ormonale, la diversificazione sessuale del cervello e dell'organismo – e il comportamento delle persone circostanti – che dopo l'assegnazione del sesso alla nascita, si comportano nei confronti del soggetto secondo le regole sociali e le aspettative congruenti al genere attribuito (Gooren L, 2006).

Solitamente, identità di genere, ruolo di genere e orientamento sessuale sono tra loro coerenti, ma le possibilità di rapporto tra queste componenti sono diverse.

Si parla ad esempio di “variante di genere” per racchiudere quell’intero spettro di persone con un comportamento di genere (ovvero ruolo di genere) atipico e di “variante d’identità di genere” (più comunemente detto *transgender*) per definire l’intero spettro di persone che si identificano in una categoria di genere diversa da quella assegnata alla nascita. *Transgender* è un termine ad ombrello, che racchiude sotto di sé tutte quelle realtà non identificabili con lo stereotipo di genere, normalmente identificato come “maschio” o come “femmina”. Quindi, i *transgender*, a differenza dei varianti di genere, escono dai canoni convenzionali non solo per il ruolo di genere, ma anche per l’identità di genere (Coleman et al., 2011; Cohen-Kettenis P and Pfaffin F, 2010).

Entrambe queste condizioni non costituiscono patologia di per sé; possono tuttavia diventare fonte di sofferenza nel caso in cui debbano confrontarsi con un contesto sociale discriminante e transfobico.

Invece, la “disforia di genere” (DG), condizione caratterizzata da una marcata incongruenza tra il genere percepito/espresso e quello assegnato, è intrinsecamente associata a un distress clinicamente significativo o a limitazioni del funzionamento sociale, occupazionale o relativo ad altre importanti aree del funzionamento (DSM 5, 2013). I soggetti affetti da DG possono avere necessità del supporto di professionisti esperti in materia che cooperino nel lenirne la sofferenza, riducendo il divario e l’incongruenza presenti tra il genere assegnato e quello percepito. Gli interventi devono essere individualizzati e di grado variabile in base alle esigenze del singolo (Coleman et al., 2011). Infatti, può essere offerto un supporto psicoterapeutico nel modificare il ruolo di genere, una terapia ormonale *cross-sex* in grado di indurre modificazioni corporee, fino alla riassegnazione chirurgica di sesso. Quel sottogruppo di DG che soffre di una forma estrema di disforia di genere e che necessita di una transizione completa (ovvero di una riassegnazione chirurgica di sesso) per lenire la propria sofferenza viene comunemente definito “transessuale” (Cohen-Kettenis P & Pfaffin F, 2010).

Differenze di genere

La DG, può riguardare sia i soggetti di sesso femminile (disturbo *female to male*, FtM) che quelli di sesso maschile (disturbo *male to female*, MtF).

Da un punto di vista clinico, è importante sottolineare come classicamente i DG FtM siano stati considerati come un gruppo omogeneo: hanno in genere fin dall’infanzia un’identità transessuale, una preferenza verso giochi più tipicamente maschili, un orientamento verso persone del loro sesso genotipico, una grande sofferenza relativamente allo sviluppo mammario e al menarca, un’elevata disforia di genere.

All'interno del gruppo dei DG MtF sono invece stati tradizionalmente evidenziati due sottotipi: il primo caratterizzato dalla presenza della disforia di genere fin dall'infanzia e dalla convinzione precoce di essere nati nel corpo sbagliato (“transessualismo primario”, secondo Person & Ovesey; Person E e Ovesey L, 1974); in genere, in questo sottotipo, l'orientamento sessuale è volto verso persone dello stesso sesso genotipico (“transessualismo omosessuale”, secondo Blanchard; Blanchard R, 1985); il secondo caratterizzato dall'instaurarsi dell'identità transessuale in epoca post-puberale e, spesso, da una storia di feticismo da travestimento, omosessualità o travestitismo (“transessualismo secondario”, secondo Person e Ovesey; Person E e Ovesey L, 1974); in questo sottotipo in genere l'orientamento sessuale è più variabile e, spesso, nel passato, l'attività di *cross-dressing* era associata a un'eccitazione sessuale legata alla fantasia di vedersi come donna (“transessualismo autoginefilico”) (Blanchard R, 1985; Person E e Ovesey L, 1974).

Dagli studi ad oggi disponibili, sembra che la prevalenza della DG MtF ed FtM sia rispettivamente di 1:10.000 e 1:30.000 (De Cuypere G, 2007; Gomez-Gil E 2009). È importante sottolineare, tuttavia, che questo dato verosimilmente sottostima il fenomeno, poiché prende in considerazione esclusivamente gli utenti afferenti alle cliniche dedicate e/o quel sottoinsieme che richiede una riassegnazione chirurgica di sesso. Il disturbo è più frequente nella forma MtF con una *sex ratio* di circa 3:1 (Olsson SE e Möller AR, 2003; Nieder TO et al., 2011). Questo dato è stato recentemente confermato anche su una casistica italiana, i cui risultati sono stati ottenuti da uno studio multicentrico avente come centro pilota Firenze (Fisher et al., 2013). Da tale studio, effettuato su un campione di 140 DG non sottoposti a riassegnazione chirurgica di sesso (di cui 92 MtF e 48 FtM, 58% dei quali afferenti al centro fiorentino) e i cui principali risultati sono riportati in **Tabella 5.13**, è stato osservato che gli FtM chiedevano un supporto ai centri dedicati in una età statisticamente più precoce se confrontati con gli MtF ($p<0,05$), in accordo con precedenti dati di letteratura (Gomez-Gil E et al., 2009; De Cuypere G et al., 2007; Smith YL et al., 2005). Tuttavia, gli MtF riferivano di assumere più spesso e di aver iniziato da più giovani la terapia ormonale *cross-sex* rispetto agli FtM ($p<0,01$ e $<0,05$, rispettivamente; Fisher AD et al., 2013). Ciò farebbe ipotizzare che gli MtF, se confrontati con gli FtM, abbiano una maggiore difficoltà nel richiedere l'aiuto medico e, pertanto, soffrano verosimilmente di una maggiore marginalizzazione sociale. Questo risultato, in accordo con un precedente studio (Gomez-Gil E et al., 2009), potrebbe avere una duplice spiegazione: in primo luogo, si può ipotizzare che sia più facile ottenere dei risultati esteriori più soddisfacenti in una transizione gino-androide piuttosto che nell'andro-ginoide; alternativamente potremmo sostenere che nella nostra società sia più facile accettare una femmina mascolinizzata rispetto ad un maschio femminilizzato. A conferma della miglior integrazione sociale riportata dagli FtM, abbiamo osservato che questi ultimi, se confrontati con gli MtF, hanno un titolo di studio significativamente più alto ($p<0,05$), un minor tasso di disoccupazione ($p<0,01$), meno frequentemente una storia di prostituzione ($p<0,05$) e hanno più spesso una relazione stabile ($p<0,05$, Fisher AD et al., 2013). Infine, è interessante notare che gli FtM abbiano un orientamento sessuale variabile tanto quanto gli MtF (Fisher AD et al., 2013). Il risultato italiano sembra essere in accordo con un recente studio multicentrico europeo (Nieder TO et al., 2011).

Tabella 5.13
Caratteristiche sociodemografiche, fattori legati alla riassegnazione per genere e fattori legati all'orientamento sessuale dei soggetti in studio e differenze tra Mtf vs Ftm

	Tutti (N=140) % (n)	FtM (N=48) % (n)	Mtf (N=92) % (n)	p-value	OR aggiustato*	[IC 95%]	p-value
Fattori socio-demografici							
Nati all'estero	16,4 (23)	16,7 (8)	16,3 (15)	0,957	1,014 [0,380-2,706]	0,979	
Stato civile							
Celibe/nubile	91,2 (128)	93,5 (45)	90,0 (83)	0,823	1,359\\$ [0,294-6,282]	0,695	
Sposato	3,7 (5)	2,2 (1)	4,4 (4)	0,516	1,524\\$ [0,144-16,086]	0,726	
Divorziato	5,1 (7)	4,3 (2)	5,6 (5)	0,810	0,443\\$ [0,065-2,854]	0,392	
Figli biologici	9,3 (13)	8,3 (4)	9,8 (9)	0,779	0,712 [0,141-3,583]	0,680	
Titolo di studio							
Elementari/ Medie	32,9 (46)	25,5 (12)	37,0 (34)	0,155	1,814\\$ [0,797-4,128]	0,156	
Diploma professionale	16,4 (23)	14,6 (7)	17,4 (16)	0,673	1,083\\$ [0,386-3,037]	0,880	
Diploma superiore	34,3 (48)	47,9 (23)	27,2 (25)	0,014	0,365\\$ [0,167-0,797]	0,011	
Laurea	16,4 (23)	12,5 (6)	18,5 (17)	0,368	2,250\\$ [0,711-7,122]	0,168	
Professione							
Studente	7,1 (10)	8,3 (4)	6,5 (6)	0,695	1,199\\$ [0,266-4,709]	0,878	
Pensionato	3,6 (5)	0,0 (0)	5,4 (5)	0,101	-	-	
Disoccupato	24,3 (34)	12,5 (6)	30,4 (28)	0,019	4,655\\$ [1,547-14,010]	0,006	
Abitazione							
Con i genitori	28,6 (40)	25,0 (12)	30,4 (28)	0,449	1,792\\$ [0,753-4,265]	0,187	
Con partner	24,3 (34)	39,6 (19)	16,3 (15)	0,002	0,215\\$ [0,086-0,535]	0,001	
Coinquilini	15,7 (22)	10,4 (5)	18,5 (17)	0,216	2,718\\$ [0,868-8,505]	0,086	
Da solo/a	31,4 (44)	25 (12)	34,8 (32)	0,240	1,217\\$ [0,520-2,850]	0,651	
Fumo							
Fumatore attuale	49,3 (69)	50,0 (24)	48,9 (45)	0,904	0,973 [0,466-2,035]	0,943	
Ex fumatore	32,9 (46)	40,0 (19)	29,2 (27)	0,357	0,547 [0,281-1,063]	0,075	

Fattori legati alla riassegnazione di genere	22,1 (31)	6,3 (3)	30,4 (28)	0,001	4,664 [1,276-17,044]	0,020
Fattori legati all'orientamento sessuale						
Partner del sesso genotipico opposto†	6,9 (5)	0,0 (0)	16,1 (5)	0,033	-	
Orientamento sessuale riferito						
Attrazione sessuale esclusivamente rivolta a persone dello stesso sesso genotipico opposto	2,1 (3)	2,1 (1)	2,2 (2)	0,972	0,643 [0,041-10,025]	0,753
Attrazione sessuale esclusivamente rivolta a persone dello stesso sesso genotipico	85 (119)	89,6 (43)	82,6 (76)	0,273	0,726 [0,197-2,668]	0,726
Nessuna attrazione sessuale	2,1 (3)	0,0 (0)	3,2 (3)	0,206	-	
Attrazione sessuale sia verso i maschi che verso le femmine	10,8 (15)	8,3 (4)	12,0 (11)	0,511	1,174 [0,271-5,086]	0,83
Fantasie durante autoerotismo nel corso della propria vita						
Sesso genotipico opposto	5,1 (7)	2,2 (1)	6,7 (6)	0,262	3,102 [0,342-28,108]	0,314
Stesso sesso genotipico	59,6 (83)	58,7 (28)	60,0 (55)	0,833	1,414 [0,654-3,054]	0,379
Sia di maschi che di femmine	4,4 (6)	2,2 (1)	5,6 (5)	0,364	2,146 [0,214-21,544]	0,516
Fantasie autoginefliche	4,4 (6)	2,2 (1)	5,5 (5)	0,364	1,870 [0,188-18,606]	0,594
No fantasie durante autoerotismo	26,5 (37)	34,7 (17)	22,2 (20)	0,116	0,501 [0,218-1,153]	0,104

*OR (Mf vs FtM) aggiustati per età e per fattori legati alla riassegnazione di genere (terapia ormonale, chirurgica cosmetic faciale e mastoplastica).

** OR aggiustati anche per disturbi psichiatrici.

† Prendendo in considerazione solo i soggetti che avevano una relazione stabile (N = 67, N = 18, N = 31, rispettivamente per il campione totale, per gli FtM e gli Mf). FtM = soggetti female to male; Mf = soggetti male to female.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 edition (DSM 5). (2013). Washington DC.
- Blanchard R. (1985). Typology of male to female transsexualism. Arch Sex Behav 14:247-61, 1985.
- Cohen-Kettenis PT, Pfafflin F. (2010). The DSM Diagnostic Criteria for Gender Identity Disorder in Adolescents and Adults. Arch Sex Behav .39:499–513.
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuyper, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., Lev, A. I., Mayer, G., Meyer-Bahlburg, H., Hall, B. P., Pfafflin, F., Rachlin, K., Robinson, B., Schechter, L. S., Tangpricha, V., van Trotsenburg, M., Vitale, A., Winter, S., Whittle, S., Wylie, K. R., & Zucker, K. (2011). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming people. International Journal of Transgenderism, 13:165–232
- De Cuypere G, Van Hemelrijck M, Michel A, Carael B, Heylens G, Rubens R, Hoebeke P, Monstrey S. Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. (2007). Eur Psychiatry 2007;22:137–41.
- Fisher AD, Bandini E, Casale H, Ferruccio N, Merigliola MC, Gualerzi A, Manieri C, Jannini E, Mannucci E, Monami M, Stomaci N, Delle Rose A, Susini T, Ricca V, Maggi M. (2013). Sociodemographic and clinical features of gender identity disorder: an Italian multicentric evaluation. J Sex Med. 10:408-19
- Gómez-Gil E, Trilla A, Salamelo M, Godàs T, Valdès M. (2009). Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. Arch Sex Behav.38:378–92.
- Gooren, L. (2006). The biology of human psychosexual differentiation. Horm Behav. 50:589-601
- Nieder TO, Herff M, Cerwenka S, Preuss WF, Cohen-Kettenis PT, De Cuypere G, Haraldsen IR, Richter-Appelt H. (2011). Age of onset and sexual orientation in transsexual males and females. J Sex Med. 8:783–91.
- Olsson SE, Möller AR. (2003). On the incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden, 1972–2002. Arch Sex Behav 2003;32:381–6.
- Person E, Ovesey L. (1974). The transsexual syndrome in males: I. Secondary transsexualism. Am J Psychother 28:174-93.
- Person E, Ovesey L. (1974). The transsexual syndrome in males: I. Primary transsexualism. Am J Psychother 28:4-29.
- Smith YL, van Goozen SH, Kuiper AJ, Cohen-Kettenis PT. (2005). Transsexual subtypes: Clinical an theoretical significance. Psychiatry Res.137:151–60.
- Zucker, K.J. (2002). Intersexuality and gender identity differentiation. Review. Pediatr Adolesc Gynecol. 15:3-13.

5.1.10 Disturbi della sessualità

Donata Villari - Università degli studi di Firenze, AUO Careggi, Firenze

Roberta Giommi - Istituto Ricerca e formazione di Firenze, Istituto internazionale di sessuologia di Firenze

Le disfunzioni sessuali maschili

La salute sessuale è determinante per il benessere generale dell'individuo ed è caratterizzata dalla capacità di avere rapporti sessuali che siano soddisfacenti per sé e per la partner. Vi possono influire molteplici fattori: la sfera psicologica, l'assetto ormonale, le patologie delle vie urinarie e degli organi genitali, disturbi neurologici ed altri ancora. È per questo che l'andrologia è una branca spiccatamente interdisciplinare in cui competenze specialistiche mediche e chirurgiche, endocrinologiche e urologiche, si intersecano. Le disfunzioni sessuali maschili principali comprendono le disfunzioni eiaculatorie, i disordini dell'orgasmo e la disfunzione erettile.

Parliamo di eiaculazione precoce quando questa si manifesta a seguito di una minima stimolazione in corso o subito dopo la fase di penetrazione o comunque prima che l'uomo e la coppia lo desiderino. È conseguenza quindi di un cattivo controllo volontario che determina disagio e/o sofferenza di uno o entrambi i partner. Le stime sottovalutano il fenomeno che si manifesta in tutte le fasce di età e sembra abbia un'incidenza sulla popolazione maschile adulta maggiore del 20%, nonostante solo il 9% dei maschi in difficoltà si rivolga al medico. La terapia si avvale di un approccio integrato comportamentale, farmacologico e psicologico.

Come appena detto, il maschio affetto da disturbi della sfera sessuale si confida con difficoltà con il suo medico di famiglia e tende ad evitare l'incontro con lo specialista. Questo è il motivo delle stime in difetto della prevalenza e dell'incidenza della patologia andrologica. Per quanto riguarda la disfunzione erettile (DE), che consiste nell'incapacità di raggiungere e/o mantenere un'erezione di grado sufficiente a consentire un rapporto sessuale soddisfacente, dai dati del "Gruppo italiano studio deficit erettivo" emerge una prevalenza del 12,8% di tale fenomeno. Si stima che in Italia oltre 3.000.000 di uomini ne siano affetti. La DE tende ad aumentare con l'età, dal 2% nella fascia tra i 18 e i 39 anni fino al 48% in quella oltre i 70. Una storia di cardiopatia, diabete, ipertensione, neuropatia o di pregressi accidenti ischemici su base vascolare determina un sensibile aumento del rischio e questo vale massimamente per l'associazione di ipertensione e diabete. Anche l'abitudine al fumo, l'abuso di alcol e il consumo di farmaci sono un importante fattore di rischio (Parazzini F et al., 2000). Un capitolo a parte è rappresentato dalla DE a seguito di traumi o chirurgia pelvico-perineale causa, quest'ultima, di denervazione iatrogena. Oggi, una volta raggiunto l'obiettivo della radicalità oncologica, con l'affinamento delle tecniche chirurgiche, l'obiettivo è quello di garantire al paziente un ottimale outcome funzionale in termini di potenza sessuale e recupero precoce della continenza. La Toscana, in questa direzione, ha compiuto un cammino virtuoso, unico

in Italia, garantendo dal 2006 l'accesso gratuito, a carico del Servizio sanitario regionale, a tutto il ventaglio di farmaci riabilitativi della DE non solo per i pazienti medullosi, ma anche per quelli sottoposti a prostatectomia radicale o comunque chirurgia pelvica *nerve sparing*, garantendo un inizio precoce della riabilitazione andrologica con una migliore compliance alla terapia e alla posologia e una riduzione del fenomeno del drop out al trattamento.

Le disfunzioni sessuali femminili

Anche per la donna una vita sessuale soddisfacente rappresenta un aspetto fondamentale della propria salute e del proprio benessere, della qualità di vita personale e di coppia.

La classificazione dei disturbi sessuali femminili (DSF) secondo il DSM-IV⁵⁶ (American Psychiatric Association, 2000), oggi in verifica, si attiene al modello trifasico della risposta sessuale (desiderio, eccitazione, orgasmo) come fu elaborato in epoche ormai non recenti da Kaplan nel 1979, e identifica le 4 categorie principali di disfunzioni in 4 domini principali relativi a desiderio, eccitazione, orgasmo e dolore coitale e non. In questo ambito bisogna tener conto delle problematiche personali e relazionali, attenti a non riproporre un parallelismo classificativo con i disturbi sessuali maschili, mantenendo al femminile una attenzione maggiore al rapporto tra natura biologica e psicologica. E anche negli studi sulla sessualità femminile si deve tener conto di caratteristiche socio-demografiche come l'età, la scolarità, la salute fisica e mentale, le esperienze sessuali e relazionali pregresse.

Secondo questo sistema di classificazione, studi epidemiologici statunitensi riportano che circa il 20-50% delle donne americane tra i 18 e i 59 anni sono affette da DSF (Lauman EO et al, 1999). Circa un terzo delle donne riferisce perdita di interesse sessuale, circa un quarto non sperimenta l'orgasmo. Inoltre, circa il 20% delle donne riporta difficoltà di lubrificazione e il 20% non trova il sesso un'esperienza piacevole. Studi di popolazione italiani basati su criteri univoci non sono disponibili. Molte ricerche sono in corso in Italia che utilizzano il *Female Sexual Function Index* (FSFI - Indice della funzione sessuale femminile) dal questionario sviluppato da Rosen et al. nel 2000 per la diagnosi delle DSF, riconoscendo nella pratica clinica anche per svariate condizioni patologiche non strettamente collegate all'area genitale (diabete, sclerosi, trapianti, neoplasie ecc.) una vulnerabilità sul versante sessuale. Il coordinamento delle donne urologhe italiane ha recentemente portato a termine la validazione linguistica in italiano dell'FSFI.

Come per il genere maschile, è fondamentale un approccio integrato tra figure professionali competenti e diverse, sapendo accogliere la specificità del femminile e accompagnando la ricomposizione di corpo e psiche nell'attraversamento del ciclo vitale della donna in una collaborazione stretta tra endocrinologia, urologia, ginecologia e sessuologia.

⁵⁶ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition* (DSM-IV – Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, IV edizione).

Durante la vita, il corpo femminile affronta continui cambiamenti e codici culturali e di ruolo sono presenti in modo confuso e conflittuale nella storia delle donne. È necessaria la consapevolezza per appropriarsi dell'atto sessuale con reciprocità e tutela, proteggendosi dalle gravidanze non desiderate e dalle malattie sessualmente trasmesse, e sapere gestire ogni evento critico riproduttivo come la gravidanza, il parto e post partum, raggiungendo una ricomposizione tra psiche e corpo dopo i cambiamenti. Lo stesso principio vale anche nella menopausa e nel mantenimento della sessualità dopo la conclusione dell'età fertile.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition, text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC.
- Kaplan HS. (1974) Nuove terapie sessuali. Fabbri Ed, Milano.
- Lauman EO, Paik A, Rosen RC. (1999) Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA; 281 (6): 537- 44 Erratum in: JAMA 1999 Apr 7;281(13):1174.
- Parazzini F, Menchini Fabris F, Bortolotti A, et al. (2000) Frequency and determinants of erectile dysfunction in Italy. Eur Urol; 37(1):43-9.
- Rosen R, Brown C, Heiman J, et al., (2000) The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. J Sex Marital Ther;26(2):191-208.

5.2 Bambini

5.2.1 Salute in età pediatrica

Franca Rusconi, Carolina Amador - AOU Meyer, Firenze
Monia Puglia, Simone Bartolacci - ARS Toscana

In questo capitolo verranno presi in considerazione alcuni dati di ordine generale che riguardano la salute in età pediatrica approfondendo le possibili differenze di genere.

I dati sono tratti da flussi correnti quali il Certificato di assistenza al parto (CAP⁵⁷), le Schede di dimissione ospedaliera (SDO) e il Registro di mortalità regionale (RMR), da archivi di patologia (Archivio dei nati gravemente pretermine: TIN-Toscane on-line) e dall'indagine Multiscopo dell'ISTAT “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”.

Altri aspetti particolari della salute in età pediatrica, quali le malformazioni congenite, l'obesità e gli stili di vita degli adolescenti, oltre che l'allattamento al seno, sono trattati in altri capitoli.

Le nascite

In Toscana, negli ultimi dieci anni, il rapporto maschi/femmine alla nascita è variato da 1,04 a 1,07 (dati CAP). L'eccesso di nati di genere maschile rispetto ai nati di genere femminile è sovrapponibile a quanto riscontrato nello stesso arco temporale sia in Italia (rapporto maschi/femmine 1,05-1,06) (ISTAT, 2012a) sia in Europa (rapporto maschi/femmine: 1,06) (CIA, 2013). Un'analisi sui nati pretermine (<37 settimane di età gestazionale) in regione Toscana negli ultimi dieci anni conferma uno sbilanciamento a favore del genere maschile che è ancora maggiore rispetto alla popolazione generale, attestandosi su un rapporto maschi/femmine tra 1,13 e 1,21 (dati CAP).

Alcuni demografi pensano che questo rapporto sbilanciato compensi il fatto che, a partire dalla prima infanzia fino all'età adulta, vi è una maggiore morbilità nei maschi rispetto alle femmine e una conseguente maggiore mortalità, fatto confermato anche dai dati presentati in questo stesso capitolo.

I ricoveri e le patologie

I rapporti del Ministero della salute sui ricoveri in età pediatrica mostrano come in Toscana, come in Italia, i maschi abbiano un tasso di ricovero maggiore rispetto alle femmine, sia per i ricoveri in regime ordinario che per quelli in regime di day hospital e per tutte le fasce d'età (**Tabella 5.14** e **Tabella 5.15**) (Ministero della salute, 2012).

Tabella 5.14

Tasso di ospedalizzazione per fasce di età e genere (per 1.000 residenti), attività per acuti in regime ordinario - Anno 2011

	Età					
	< 12 mesi		1 - 4 anni		5 - 14 anni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Toscana	384,99	336,78	61,89	45,24	38,35	28,02
Italia	482,88	421,75	83,31	63,52	43,77	33,64

⁵⁷ È questo l'acronimo di Certificato di assistenza al parto utilizzato in Toscana. Nel resto del Paese si utilizza invece l'acronimo CEDAP.

Tabella 5.15

Tasso di ospedalizzazione per fasce di età e genere (per 1.000 residenti), attività per acuti in regime di Day Hospital - Anno 2011

	Età					
	< 12 mesi		1 - 4 anni		5 -14 anni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Toscana	67,33	60,08	61,16	43,06	52,08	42,13
Italia	58,19	48,34	45,42	33,99	39,98	32,29

A confermare questi dati è anche l'analisi delle categorie diagnostiche maggiori che indica per la Toscana un tasso di ricovero maggiore per i maschi per diversi gruppi di patologie tra quelle più frequenti in età pediatrica: le malattie e i disturbi dell'epoca neonatale, le malattie e i disturbi dell'apparato respiratorio, dell'apparato digerente, del sistema nervoso, del rene e delle vie urinarie e dell'apparato cardiocircolatorio.

Per le malattie respiratorie, ad esempio, il tasso di ricovero nel primo anno di vita nel 2011 è di 378 per 10.000 nei maschi rispetto a 271 per 10.000 nelle femmine, nella fascia di età 5-9 anni di 82 e 69 per 10.000, rispettivamente, per poi diventare simili in età adolescenziale (intorno a 25 per 10.000) quando, come noto, la patologia respiratoria di gran lunga più frequente, ossia l'asma bronchiale, prevale nel genere femminile.

Benché i tassi di ricovero rispecchino l'accesso alle cure e la propensione al ricovero da parte dei sanitari, e quindi non si può escludere una propensione a preoccuparsi maggiormente della salute dei maschi, è probabile che le differenze riportate riflettano piuttosto uno svantaggio di tipo biologico nel genere maschile.

Differenze di genere in termini di morbilità sono confermate dall'indagine Multiscopo ISTAT, un'indagine campionaria annuale condotta sugli aspetti della vita quotidiana. Nella fascia di età da 0 a 14 anni, infatti, il 10,7% dei maschi è affetto da almeno una malattia cronica in confronto all'8,3% delle femmine. Nello specifico, i dati indicano una maggior prevalenza per il genere maschile di patologie croniche quali bronchite e malattie allergiche. La stessa indagine, inoltre, riporta come i maschi, rispetto alle coetanee femmine, assumano più spesso farmaci negli ultimi due giorni precedenti all'intervista, e ciò indipendentemente dalla presenza di una patologia cronica (ISTAT, 2012b).

Infine, anche secondo l'indagine del 2002 effettuata nell'ambito degli Studi italiani sui disturbi respiratori nell'infanzia e l'ambiente (SIDRIA) su nove regioni italiane, tra cui la Toscana (Firenze, Prato, Empoli e Siena), si osserva come nei bambini di 6-7 anni vi sia una maggiore prevalenza sia di asma nella vita che di sintomi asmatici correnti nei maschi rispetto alle femmine (11,1 % vs. 7,3% per asma e 9,5% vs. 7,2% per sintomi asmatici). Anche in questo caso le differenze si annullano avvicinandosi all'età adolescenziale (13-14 anni) dove, come noto e come già detto, la prevalenza della patologia è maggiore nel genere femminile (Chellini E et al, 2005).

A questa messe di dati che indicano chiaramente una maggiore morbilità del genere maschile fanno eccezione solo gli incidenti domestici; i dati della Multiscopo ISTAT mostrano che se nei primi 5 anni di vita è confermata una maggiore prevalenza nei maschi, dai 6 ai 14 anni vi è invece un tasso di incidenti domestici maggiore per le femmine (11,8 per 1000 *vs.* il 6,9 per 1000). Ciò evidentemente riflette semplicemente un diverso stile di vita a partire dalla prima infanzia.

La mortalità

Come per le patologie croniche, anche la mortalità vede delle differenze di genere sia nei tassi di mortalità infantile (mortalità nel primo anno di vita) sia nei tassi di mortalità per le altre fasce d'età fino a 14 anni, con un eccesso di mortalità nel genere maschile (**Tabella 5.16**).

Tabella 5.16
Tassi di mortalità per fasce di età e genere (per 10.000 residenti) in Regione Toscana Anni 2008-2010

Età	Maschi	Femmine
<12 mesi	28,8	27,1
1-4 anni	1,2	1,0
5-9 anni	1,0	0,9
10-14 anni	1,3	0,8

Nonostante la distribuzione percentuale delle cause di morte sia simile nei maschi e nelle femmine, si rileva un maggior numero di decessi nel genere maschile per tutte le principali cause di morte sia nel primo anno di vita che da 1 a 14 anni (**Tabella 5.17**).

I dati regionali e nazionali sono in accordo con quelli della letteratura internazionale che si spingono a definire una "sindrome del maschio" (*male syndrome*) per indicare uno svantaggio complessivo per il genere maschile in termini di sopravvivenza che si rende evidente sin dalle epoche precoci di vita e si mantiene durante l'infanzia e l'adolescenza. Uno studio che si basa su dati dei Centers for Disease Control and Prevention (CDC) per gli anni dal 1999 al 2008 ha dimostrato che il numero di morti maschili eccede quello delle morti femminili in tutte le età pediatriche, fino all'età di 20 anni, per 17 gruppi di patologie sui 19 presi in considerazione (Balsara SL *et al.*, 2013).

Poiché le condizioni morbose di origine perinatale rappresentano di gran lunga la principale causa di mortalità nel primo anno di vita (**Tabella 5.17**), sono stati valutati i dati sulle principali patologie e sulla mortalità nei nati gravemente pretermine, disponibili nell'Archivio TIN-Toscane on-line a partire dal 2009. Tali dati indicano come per le femmine vi sia una tendenza ad una minore mortalità rispetto ai maschi (OR: 0,76; IC 95% 0,52-1,12, dato corretto per età gestazionale) e una maggiore protezione rispetto

ai maschi per alcune gravi patologie causa di morte e di gravi esiti a distanza, come la grave emorragia intraventricolare o la leucomalacia (OR: 0,64; IC 95%: 0,42-0,99) e la broncodisplasia polmonare (OR: 0,79, IC al 95%: 0,50-1,26). Anche i dati di un eccesso di patologia e di mortalità nel genere maschile nei neonati gravemente pretermine o di basso peso sono confermati nella letteratura internazionale (Mohamed MA e Aly H, 2010; Stevenson DK et al, 2000).

Tabella 5.17

Principali cause di mortalità per fasce di età e genere in Regione Toscana - Anni 2008-2010

	Maschi		Femmine	
	n	%	n	%
Età: < 12 mesi	N=145		N=128	
Condizioni morbose di origine perinatale	86	59,3	82	64,1
Malformazioni congenite	34	23,4	27	21,1
Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	4	2,8	3	2,3
Malattie del sistema nervoso	5	3,4	1	0,8
Malattie del sistema circolatorio	2	1,4	3	2,3
Malattie dell'apparato digerente	2	1,4	2	1,6
Traumatismi e avvelenamenti	3	2,1	1	0,8
Età: 1-14 anni	N=77		N=57	
Tumori	21	27,3	18	31,6
Traumatismi e avvelenamenti	22	28,6	12	21,1

Conclusioni

La differenza di genere in termini di morbilità e mortalità sembra essere dovuta ad uno svantaggio biologico del genere maschile rispetto al genere femminile che inizia presumibilmente già in utero, considerate le differenze presenti fin nei primi giorni di vita e nei neonati pretermine. Non si conoscono, al momento, spiegazioni fisiopatologiche convincenti per questo svantaggio.

Bibliografia

- Istituto nazionale di statistica – ISTAT (2012a). serie Storiche: <http://seriestoriche.istat.it/>.
- Central Intelligence Agency – CIA (2013). World Factbook: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2018.html>.
- Ministero della Salute (2012). Rapporto annuale sull’attività di ricovero ospedaliero, Dati SDO 2011: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1930_allegato.pdf.
- Istituto nazionale di statistica - ISTAT (2012b). Sistema di indagini sociali multiscopo “Aspetti della vita quotidiana”, Anno 2011: <http://www.istat.it/it/archivio/66990>.
- Chellini E, Talassi F, Corbo G, et al. (2005). Environmental, social and demographic characteristics of children and adolescents, resident in different Italian areas. *Epidemiol Prev.* 29(2 Suppl):14-23.
- Balsara SL, Faerber JA, Spinner NB et al. (2013). Pediatric Mortality in Males Versus Females in the United States, 1999-2008. *Pediatrics*; 132 (4).
- Mohamed MA, Aly H. (2010). Male gender is associated with intraventricular hemorrhage. *Pediatrics*; 125 (2):333-9.
- Stevenson DK, Verter J, Fanaroff AA, et al. (2000). Sex differences in outcomes of very low birthweight infants: the newborn male disadvantage. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 83(3):F182-5.

5.2.2 Malformazioni congenite

Anna Pierini - CNR, Fondazione Toscana “Gabriele Monasterio”, Pisa

Federica Pieroni - Fondazione Toscana “Gabriele Monasterio”, Pisa

Fabrizio Bianchi - CNR, Fondazione Toscana “Gabriele Monasterio”, Pisa

Le malformazioni congenite sono quei difetti caratterizzati da un’anomalia della forma o della struttura di un organo, per lo più macroscopica, determinata prima della nascita.

Sono difetti che, considerati globalmente, risultano molto eterogenei, sia per tipo di organo colpito, che per gravità ed eziopatogenesi.

Le malformazioni, se considerate singolarmente, rappresentano eventi non frequenti o rari; con un’occorrenza variabile da un caso ogni 100 nati per l’insieme delle cardiopatie, a un caso ogni 3.000-5.000 nati per l’ernia diaframmatica o l’agenesia renale, a un caso ogni 20.000 nati per la *gastroschisi*.

Nell'insieme rappresentano un gruppo di patologie frequente, infatti, considerando sia le forme gravi che lievi, colpiscono circa il 3-5% di tutti i nati, un dato che dipende dalle modalità e capacità di accertamento diagnostico, dai criteri operativi di inclusione/esclusione della casistica e dal periodo di tempo lungo il quale viene estesa l'indagine.

La prevalenza riferita ai soli difetti strutturali evidenti entro la prima settimana di vita è valutabile intorno al 2% (<http://www.eurocat-network.eu/>).

Dalla fine degli anni '70, a seguito dei drammatici effetti avversi provocati dall'assunzione di talidomide in gravidanza, sono stati attivati nel mondo molti sistemi di sorveglianza delle malformazioni congenite basati su registri. In Italia, la rilevazione è iniziata nel 1978 in Emilia-Romagna, seguita nel 1979 dalla Toscana con il Registro della provincia di Firenze, esteso nel 1992 all'intera regione Toscana. Nel 2008 il Registro toscano difetti congeniti (RTDC) è stato istituito ufficialmente quale registro di rilevante interesse sanitario.

L'RTDC sorveglia attualmente oltre il 95% di tutti i nati da madri residenti in Toscana. L'ultimo anno disponibile con dati verificati è il 2011, anno nel quale sono stati rilevati 616 casi maggiori su 30.181 nati, corrispondenti ad una prevalenza complessiva del 2,04 per 100 nati (www.rtdc.it).

L'RTDC partecipa, ormai da molti anni, ai due più importanti sistemi internazionali di sorveglianza, International Clearinghouse for Birth Defects Surveillance and Research - ICBDRS (<http://www.icbdrS.org/>) ed European Surveillance of Congenital Anomalies - EUROCAT (<http://www.eurocat-network.eu/>) (Greenless R et al., 2011).

La descrizione dell'RTDC e il protocollo di rilevazione sono reperibili al link: <http://www.eurocat-network.eu/content/Reg-Des-Tuscany.pdf>

I nati con malformazioni congenite rappresentano un sottoinsieme particolarmente interessante per analizzare la distribuzione del rapporto tra sessi (RS).

È documentato che nascono più maschi rispetto alle femmine, anche se questa differenza rimane tuttora largamente inspiegabile. Il primo studio che ha segnalato un maggior numero di battesimi tra bambini maschi rispetto alle femmine in un periodo complessivo di 82 anni risale al 1712 (Arbuthnot J, 1712). Anche gli studi epidemiologici più recenti hanno confermato un valore di RS, talvolta riportato come rapporto del numero dei maschi sul numero delle femmine o sul totale dei maschi e delle femmine, compreso tra 1,04 e 1,06 (Lemire RJ e Pendergrass TW, 2002; Macfarlane AJ e Mugford M, 1999; Ohmi H et al., 1999). Tra le diverse ipotesi avanzate a supporto di queste differenze si segnalano il tasso più elevato di concepimenti maschili dovuti ad un maggior tasso di fertilizzazione dello spermatozoo contenente il cromosoma Y, così come un più elevato tasso di abortività spontanea tra i concepimenti di sesso femminile.

Le diverse incidenze di anomalie congenite tra i due sessi possono essere ricondotte a differenziali dovuti a più cause, quali: l'abilità a sviluppare una data anomalia tra concepiti

di sesso maschile o femminile; l'effetto secondario di *imprinting*; l'espressione del gene *Sex-determining Region Y* (SRY) precedente allo sviluppo delle gonadi; l'inattivazione del cromosoma X; differenti tassi di mutazione e crossing-over; differenti modelli di crescita embrionale; risposte materne a diversi stati metabolici ed endocrinologici (James WH, 1987; James WH, 1999; James WH, 2000); un diverso rischio di trasmettere traslocazioni cromosomiche (Fiddler M e Pergament E, 1997).

Alcuni autori hanno associato la predominanza femminile nei difetti del tubo neurale ad un tasso di crescita embrionale differenziale (Seller MJ e Perkins-Cole KJ, 1987), sebbene in altri studi non sia stata osservata questa differenza (Brook FA et al., 1994).

Le deviazioni di RS possono anche essere dovute a differenti tassi di mortalità prenatale legati al sesso nei bambini malformati (Hay S, 1971).

Anche se sono stati segnalati sbilanciamenti dell'RS per molte anomalie congenite (Spouge D e Baird PA, 1986; Robert E et al., 1993; Lubinsky MS, 1997), pochissimi studi (James WH, 1999; James WH, 2000) hanno cercato di individuare le cause di fondo.

Tra i nati con malformazioni congenite sono stati studiati in particolare: specifici *difetti cardiaci*, le *schisi oro-facciali* (*schisi del labbro e/o del palato*), *agenesia/disgenesia renale* e *difetti del tubo neurale*.

Un valore di RS inferiore a 1,0, cioè un eccesso di femmine, è stato segnalato per bambini con difetti del tubo neurale e ritardo di crescita intrauterina, ma non per la *spina bifida*. I risultati emersi indicano una relazione più pronunciata tra gemellarità e sesso femminile nella prole, indipendentemente dalla presenza di specifica anomalia congenita (Rittler M et al., 2004).

Nel periodo 1992-2011, il numero complessivo di casi registrati dall'RTDC con informazione disponibile sul sesso è pari a 12.952 di cui 7.523 maschi, 5.335 femmine, 94 casi con sesso indeterminato, con un RS di 1,41.

Per verificare lo scostamento tra sessi per specifiche malformazioni e valutarlo rispetto a dati di letteratura sono stati selezionati i casi con malformazioni isolate appartenenti a 28 sottogruppi, in accordo alla classificazione suggerita da EUROCAT. Il numero di casi con informazione disponibile sul sesso è pari a 3.196 su una popolazione di 549.930 nati sorvegliati. I casi includono i nati (vivi e morti) e le interruzioni di gravidanza a seguito di diagnosi prenatale di difetto congenito. Sono stati esclusi i nati morti e gli aborti spontanei di età gestazionale inferiore a 20 settimane, così come i difetti minori, sulla base dei criteri utilizzati da EUROCAT.

Abbiamo osservato una deviazione della distribuzione del sesso, confrontata con un RS atteso di 1,06 o proporzione maschile del 51,4% nella popolazione generale, per 26 dei 28 gruppi, con un eccesso di maschi in 20 gruppi e un eccesso di femmine in 6 gruppi (**Tabella 5.18**).

Le seguenti anomalie sono risultate più frequenti tra i maschi:

spina bifida, idrocefalia, microftalmia, anotia, atresia coanale, labioschisi +/- palatoschisi, trasposizione dei grossi vasi, cuore sinistro ipoplastico, coartazione aortica, atresia/stenosi esofagea, atresia/stenosi anorettale, agenesia renale bilaterale, polidattilia, riduzione arti, ernia diaframmatica, onfalocele, gastroschisi, sequenza di Prune-Belly (100% dei casi), trisomia 18, trisomia 21. Tutti gli scostamenti dal valore di riferimento sono risultati statisticamente non significativi.

Tra le femmine sono risultate più rappresentate le seguenti anomalie:

encefalocele, arinencefalia/oloprosencefalia, anoftalmia, palatoschisi, tetralogia di Fallot e trisomia 13.

Solo per due dei difetti considerati (*anencefalia e atresia/stenosi intestino tenue*) i casi sono risultati equamente distribuiti tra i due sessi.

Il numero di maschi osservato nell'RTDC per ciascun difetto è stato confrontato con il numero di maschi atteso sulla base delle proporzioni osservate nello studio multicentrico ICBDRS, su una popolazione complessiva di 138.648 casi rilevati da 18 registri operativi in diverse nazioni in tutti i continenti (Lisi A et al., 2005).

La distribuzione del sesso tra i casi residenti in Toscana è risultata analoga a quella osservata a livello internazionale per 19 anomalie su 28 analizzate (**Tabella 5.18**).

Un eccesso di maschi è stato confermato per le seguenti 16 anomalie: *idrocefalia, anotia, labioschisi +/- palatoschisi, trasposizione dei grossi vasi, cuore sinistro ipoplastico, coartazione aortica, atresia/stenosi esofagea, atresia/stenosi anorettale, agenesia renale, polidattilia, riduzione arti, ernia diaframmatica, onfalocele, gastroschisi, sequenza Prune-Belly, trisomia 21.*

Per tre anomalie è stato confermato un eccesso di femmine: *encefalocele, arinencefalia/oloprosencefalia e palatoschisi.*

Nelle restanti anomalie si sono evidenziati scostamenti non statisticamente significativi della distribuzione del sesso rispetto a quanto atteso sulla base dello studio internazionale, (*anencefalia, spina bifida, anoftalmia, microftalmia, atresia coanale, tetralogia di Fallot, atresia/stenosi intestino tenue, trisomia 13*), ad eccezione della *trisomia 18* per la quale è stato registrato un eccesso di maschi, rispetto all'eccesso atteso di femmine ($p<0,05$).

La distribuzione del sesso può fornire evidenze di similitudini o differenze tra difetti utili a caratterizzare i singoli difetti e a formulare o supportare ipotesi eziologiche. Ad esempio, l'eccesso di maschi statisticamente significativo osservato per *cuore sinistro ipoplastico e coartazione aortica* rafforza l'ipotesi del collegamento patogenetico fra questi due tipi di difetti cardiaci ostruttivi del tratto di efflusso ventricolare sinistro.

I risultati ottenuti, relativi a venti anni di attività dell'RTDC, forniscono una stima del rischio differenziale esistente tra maschi, che sul totale risultano molto più rappresentati, e femmine per alcuni specifici difetti congeniti e potrebbero essere indicativi di differenze biologiche da indagare mediante ulteriori studi ad hoc.

**Tabella 5.18
Distribuzione del sesso per tipo di anomalia congenita, Registro toscano difetti congeniti (1992-2011)**

Anomalia congenita	Totali casi	Maschi	Femmine	% M/Totale	Sex Ratio M/F	% M/Totale ICBD*	M attesi	M/F	Test
Difetti del tubo neurale									
Anencefalia	54	27	27	50,0	1,00	0,94	37,3	20,142	0,59 n.s.
Spina Bifida	87	47	40	54,0	1,18	1,11	47,5	41,325	0,90 n.s.
Encefalocele	26	12	14	46,2	0,86	0,81	43,1	11,206	0,76 n.s.
Altri difetti del sistema nervoso centrale									
Arinencefalia/ oloprosencefalia	12	4	8	33,3	0,50	0,47	39,3	4,716	0,65 n.s.
Idrocefalia	74	40	34	54,1	1,18	1,11	56,5	41,81	1,30 n.s.
Difetti dell'occhio									
Anoftalmia	4	1	3	25,0	0,33	0,31	53,2	2,128	1,14 n.s.
Microftalmia	11	6	5	54,5	1,20	1,13	46,5	5,115	0,87 n.s.
Difetti orecchio, naso, craniofacciali									
Anotia	8	5	3	62,5	1,67	1,57	62,6	5,008	1,67 n.s.
Atresia coanale, bilaterale	15	8	7	53,3	1,14	1,08	45,7	6,855	0,84 n.s.
Palatoschisi senza labioschisi	149	58	91	38,9	0,64	0,60	43,5	64,815	0,77 n.s.
Labioschisi +/- palatoschisi	256	170	86	66,4	1,98	1,86	64	163,84	1,78 n.s.
Difetti del cuore									
Trasposizione dei grossi vasi	138	100	38	72,5	2,63	2,48	66,9	92,322	2,02 n.s.

Tetralogia di Fallot	110	53	57	48,2	0,93	0,88	56	61,6	1,27	n.s.
Cuore sinistro ipoplatico	98	64	34	65,3	1,88	1,78	62,9	61,642	1,70	n.s.
Coartazione dell'aorta	107	69	38	64,5	1,82	1,71	58,1	62,167	1,39	n.s.
<hr/>										
Difetti gastrointestinali										
Atresia/stenosi esofagea	66	40	26	60,6	1,54	1,45	57,9	38,214	1,38	n.s.
Atresia/stenosi intestino tenue	32	16	16	50,0	1,00	0,94	49,3	15,776	0,97	n.s.
Atresia/stenosi anorettale	63	46	17	73,0	2,71	2,55	65,3	41,139	1,88	n.s.
<hr/>										
Difetti renali										
Agenesia renale	30	21	9	69,0	2,22	2,10	67,1	20,13	2,04	n.s.
<hr/>										
Difetti degli arti										
Polidattilia	331	210	121	56,1	1,28	1,20	57,8	191,318	1,37	n.s.
Riduzione arti	148	83	65	56,1	1,28	1,20	55,3	81,844	1,24	n.s.
<hr/>										
Difetti di diaframma e parete addominale										
Ernia diaframmatica	68	45	23	66,2	1,96	1,85	58,7	39,916	1,42	n.s.
Onfalocele	39	21	18	53,8	1,17	1,10	56,3	21,957	1,29	n.s.
Gastroschisi	23	12	11	52,2	1,09	1,03	50,7	11,661	1,03	n.s.
Sequenza Prune Belly	4	4	0	100,0			81,8	3,272	4,49	n.s.
<hr/>										
Cromosomiche										
Trisomia 13	62	27	35	43,5	0,77	0,73	51,2	31,744	1,05	n.s.
Trisomia 18	169	91	78	53,8	1,17	1,10	43,4	73,346	0,77	<0,05
Trisomia 21	896	481	415	53,7	1,16	1,09	52,7	472,192	1,11	n.s.

RR: Deviazioni dal rapporto atteso di popolazione M/F di 1,06.

* % maschi di riferimento dello studio ICBDSSR (Lisi et al., 2005).

Bibliografia

- Arbuthnot J (1712). "An argument for Divine Providence, taken from the constant regularity observed in the births of both sexes". *Philosophical Transactions of the Royal Society of London* 27 (325–336): 186–190. doi:10.1098/rstl.1710.0011.
- Brook FA, Estibeiro JP, Copp AJ (1994). Female predisposition to cranial neural tube defects is not because of a difference between the sexes in the rate of embryonic growth of development during neurulation. *Journal of Medical Genetics*; 31:383–387.
- Fiddler M and Pergament E (1997). A Broader Perspective of Sexual Differentiation. *American Journal of Medical Genetics*; 69:229–231.
- Greenlees R, Neville A, Addor MC, Amar E, Arriola L, Bakker M, Barisic I, Boyd PA, Calzolari E, Doray B, Draper E, Vollset SE, Garne E, Gatt M, Haeusler M, Kallen K, Khoshnood B, Latos-Bielenska A, Martinez-Frias ML, Materna-Kiryluk A, Dias CM, McDonnell B, Mullaney C, Nelen V, O'Mahony M, Pierini A, Queisser-Luft A, Randrianaivo-Ranjatoélina H, Rankin J, Rissmann A, Ritvanen A, Salvador J, Sipek A, Tucker D, Verellen-Dumoulin C, Wellesley D, Wertelecki W. (2011). Paper 6: EUROCAT Member Registries: Organization and Activities. *Birth Defects Research (Part A): Clinical and Molecular Teratology*; 91:S51-S100.
- Hay S (1971). Sex differences in the incidence of certain congenital malformations: a review of the literature and some new data. *Teratology*; 4:277–286.
- James WH (1987). The human sex ratio. Part 1: a review of the literature. *Human Biology*; 59, 721–752.
- James WH (1999). Is transposition of the great arteries a consequence of maternal hormone imbalance? Evidence from the sex ratios of the relatives of probands. *Journal of Theoretical Biology*; 198:301–303.
- James WH (2000). Are oral clefts a consequence of maternal hormone imbalance? Evidence from the sex ratios of sibs of probands. *Teratology*; 62:342–345.
- Lemire RJ, Pendergrass TW (2002). Sex ratios in congenital malformations of the central nervous system. *Pediatric Neurosurgery*; Jan;36(1):2-7.
- Lisi A, Botto LD, Rittler M, Castilla E, Bianca S, Bianchi F, Botting B, De Walle H, Erickson JD, Gatt M, De Vigan C, Irgens L, Johnson W, Lancaster P, Merlob P, Mutchinick OM, Ritvanen A, Robert E, Scarano G, Stoll C, Mastroiacovo P (2005). Sex and Congenital Malformations: An International Perspective. *American Journal of Medical Genetics*; 134A:49–57.
- Lubinsky MS (1997). Classifying sex biased congenital anomalies. *American Journal of Medical Genetics*; 69:225–228.
- Macfarlane AJ, Mugford M (1999). Birth counts: Statistics of pregnancy and childbirth, vol. 1. Text. 99. London: Stationery Office.
- Ohmi H, Hirooka K, Mochizuki Y (1999). Reduced ratio of male to female births in Japan. *International Journal of Epidemiology*; 28:597.

- Rittler M, López-Camelo J, Castilla EE (2004). Sex ratio and associated risk factors for 50 congenital anomaly types: clues for causal heterogeneity. *Birth defects research. Part A, Clinical and molecular teratology*; Jan;70(1):13-9.
- Robert E, Mutchinick O, Mastroiacovo P, Knudsen LB, Daltveit AK, Castilla EE, Lancaster P, Källén B, Cocchi G (1993). An international collaborative study of the epidemiology of esophageal atresia or stenosis. *Reproductive Toxicology*; 7:405–421.
- Seller MJ, Perkins-Cole KJ (1987). Sex difference in mouse embryonic development at neurulation. *Journal of Reproduction and Fertility*; 79:159–161.
- Spouge D, Baird PA (1986). Imperforate anus in 700,000 consecutive liveborn infants. *American Journal of Medical Genetics*; Suppl 2:151–161.
- Legge Regionale 10 novembre 2008, n. 60 (Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 “Disciplina del servizio sanitario regionale”). “Art. 20 ter Istituzione di registri di rilevante interesse sanitario”.

5.2.3 Pubertà precoce

Salvatore Seminara, Stefano Stagi - Università degli Studi di Firenze, AOU Meyer, Firenze

Pubertà fisiologica

L'età evolutiva comprende il periodo della vita che va dalla nascita al raggiungimento della condizione di adulto. La pubertà, che ne costituisce l'evento conclusivo, inizia con l'attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi gonadi, caratterizzato da: 1) comparsa di secrezione pulsatile del GnRH⁵⁸ o LHRH⁵⁹; 2) aumento della secrezione gonadotropinica, LH⁶⁰ ed FSH⁶¹; 3) stimolazione delle gonadi: nel maschio si ha incremento del volume testicolare ad opera dell'FSH e della secrezione di testosterone ad opera dell'LH; nella femmina l'LH stimola la produzione di androgeni da parte delle cellule della teca dei follicoli ovarici; gli androgeni raggiungono le cellule della granulosa, dove l'aromatasi, controllata dall'FSH, li converte in estrogeni.

L'inizio della pubertà è influenzato da complesse interazioni fra fattori genetici, nutrizionali, ambientali e socio-economici (Gajdos ZK et al., 2009; Palmert MR

⁵⁸ Gonadotropine Releasing Hormone (ormone di rilascio delle gonadotropine).

⁵⁹ Luteinizing Hormone – Releasing Hormone (ormone di rilascio dell'ormone luteinizante).

⁶⁰ Luteinizing Hormone (ormone luteinizante).

⁶¹ Follicle-stimulating Hormone (ormone follicolo-stimolante).

e Boepple PA, 2001). Pur in presenza di qualche rilievo non concordante (Herman-Giddens ME et al., 1997), allo stato attuale vi è un consenso ampio nel fissare il limite cronologico inferiore normale di inizio puberale a 8 anni nella femmina e a 9 anni nel maschio (Heger S et al., 2005; Partsch CJ et al., 2002; Abreu AP et al., 2013).

L'evoluzione della pubertà fino alla completa maturazione è suddivisa clinicamente nei cinque stadi di Tanner, che si basano nel maschio sullo sviluppo dei genitali esterni, indicato con la lettera G, nella femmina sulla comparsa e sviluppo del seno, indicato con la lettera B (come *breast*, seno in inglese), e in entrambi i sessi sulla comparsa e sviluppo della peluria pubica, indicato con la lettera P. Le lettere assumono i pedici da 1 a 5, a seconda dello stadio a cui si riferiscono.

Nel maschio, inoltre, è essenziale valutare anche il volume testicolare con l'orchidometro di Prader. Nel periodo prepubere il volume si mantiene costantemente sotto i 3 ml; l'inizio puberale si ha quando il volume raggiunge e supera i 4 ml, e questo costituisce il segno più sicuro dell'evento nel sesso maschile.

Nella femmina il menarca compare in media dopo due anni dall'inizio dello sviluppo puberale; il periodo fra comparsa del seno e menarca è tanto più lungo quanto più anticipato è l'inizio della pubertà (Martí-Henneberg C e Vizmanos B, 1997).

Fenomeno importantissimo dello sviluppo puberale è lo scatto (*spurt* in inglese) di crescita: la velocità di crescita staturale assume valori più che doppi rispetto a quelli dell'ultimo anno prima dell'inizio dello scatto stesso, e la statura si porta rapidamente vicina al suo valore finale.

Pubertà precoce

Si ha pubertà precoce quando la comparsa dei caratteri sessuali sopra descritti avviene prima degli 8 anni nella femmina e dei 9 nel maschio.

Etiopatogenesi

La pubertà precoce può essere di origine centrale, con la normale ma prematura attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi ed è denominata GnRH-dipendente (pubertà precoce centrale o vera); oppure di origine periferica, denominata GnRH-indipendente (pubertà precoce periferica o pseudo pubertà precoce), conseguente ad una inappropriata produzione di ormoni sessuali causata da specifici processi patologici.

La pubertà precoce GnRH-dipendente, nella maggior parte dei casi, e in particolare nel sesso femminile, è di origine sconosciuta, idiopatica; può essere inoltre causata da tumori endocranici come amartomi, gliomi, astrocitomi, craniofaringiomi; oppure trova la sua origine in altri processi patologici cerebrali come idrocefalo, mielomeningocele o spina bifida, cisti aracnoidi, encefaliti, radioterapia a basse dosi.

Quella GnRH-indipendente può essere causata da: sindrome di McKune-Albright, testotossicosi, sindrome surreno-genitale, tumori secernenti steroidi sessuali maschili o femminili o β -hCG, che ha azione simile a quella dell'LH.

Vi sono anche forme incomplete o semplici, in cui compare precocemente un solo segno puberale, senza né sua progressione né comparsa di altri segni: a) telarca prematuro

semplice, caratterizzato dalla sola presenza del bottone mammario nella bambina, b) pubarca prematuro semplice, caratterizzato dalla sola presenza della peluria pubica in entrambi i sessi, c) menarca prematuro, caratterizzato dalla comparsa di una perdita mestruale nella bambina prima dei nove anni.

Si tratta di condizioni parafisiologiche che non presentano i cambiamenti endocrini specifici della pubertà; il telarca prematuro semplice e il menarca prematuro tendono a regredire spontaneamente. Non necessitano di terapia.

Diagnosi

Dal punto di vista clinico, si deve eseguire un'accurata anamnesi ed esame obiettivo per rilevare i tempi di comparsa e di progressione dello sviluppo puberale, effettuare una rilevazione dello stadio di Tanner e un approfondito esame neurologico per la ricerca di segni evocatori di un'eventuale patologia endocranica.

Dal punto di vista strumentale, deve sempre essere effettuata una valutazione dell'età ossea che, spesso, risulta significativamente avanzata rispetto all'età cronologica. Nelle bambine è opportuno effettuare un'ecografia pelvica.

Dal punto di vista endocrino, l'esame a nostro avviso più indicativo è il test di stimolo delle gonadotropine con GnRH; esso, infatti, consente di individuare in modo affidabile e tempestivo l'inizio della secrezione puberale delle gonadotropine attraverso l'entità del picco di LH e l'inversione del rapporto dei picchi di LH ed FSH, che nel prepubere è inferiore ad 1 e poco dopo l'inizio puberale diventa superiore ad 1. Il movimento degli steroidi sessuali, testosterone nel maschio ed estradiolo nella femmina, avviene più tardivamente e consente di confermare quanto indicato dal test con GnRH.

Per rivelare l'eventuale presenza di tumori stimolanti la comparsa dei segni puberali bisogna eseguire i marker (CEA, β -HCG, α -fetoproteina). Infine, nelle forme centrali, bisogna effettuare una risonanza magnetica nucleare (RMN) cerebrale con contrasto per evidenziare la presenza di tumori cerebrali.

Terapia

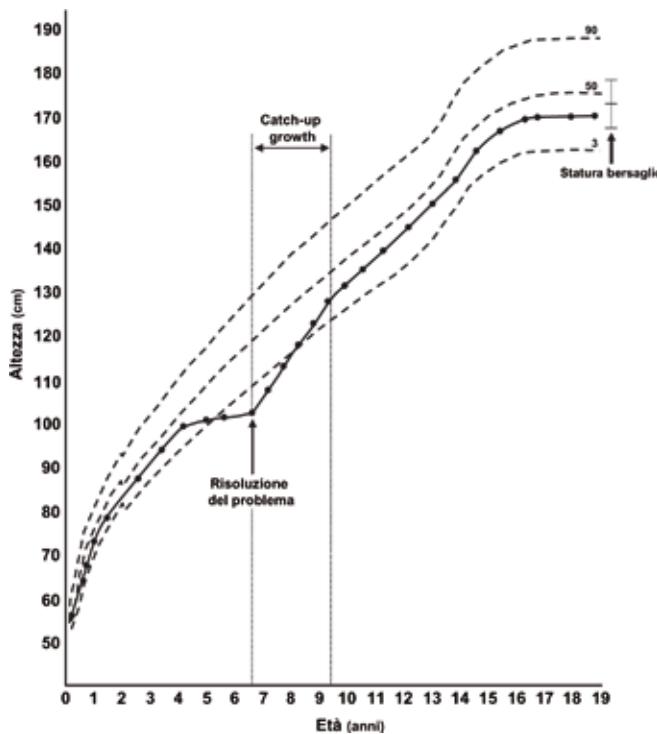
La terapia della pubertà precoce dipende dalla sua causa. Nelle forme dipendenti da GnRH occorre sopprimere la secrezione delle gonadotropine. Nelle forme non dipendenti dal GnRH la terapia deve aggredire e, quando possibile, eliminare la causa che ha determinato l'incremento precoce degli ormoni sessuali e, generalmente, coincide con il trattamento specifico della patologia di base.

Nelle forme dipendenti da GnRH la terapia mira ad evitare in età adulta una bassa statura penalizzante ed evitare al soggetto in corso di sviluppo precoce i disagi psico-relazionali derivanti dallo sfasamento della sua situazione corporea, sia rispetto alla propria maturazione intellettuiva ed emotiva sia rispetto alle caratteristiche maturative dei coetanei (Dorn LD 2007; Tremblay L e Frigon JY, 2005; Michaud PA et al., 2006).

Riguardo alla bassa statura, studi effettuati su gruppi di soggetti con pubertà precoce, che raggiunsero la statura adulta senza trattamento, hanno mostrato una perdita staturale di circa 20 cm nei maschi e di 12 cm nelle femmine rispetto agli adulti normali (Carel

JC et al., 2004). Questo risultato negativo è conseguente alla rapida progressione della maturazione ossea, che, nonostante all'inizio determini un'accelerazione della velocità di crescita con significativo incremento della statura, porta rapidamente alla fusione delle cartilagini di coniugazione con arresto della crescita quando ancora la statura non ha raggiunto i valori dell'adulto (**Figura 5.9**).

Figura 5.9
Curva di crescita tipica di un soggetto con pubertà precoce



Il blocco della secrezione gonadotropinica si realizza con l'uso di analoghi superagonisti del GnRH, che causano sulle cellule gonadotrope dell'ipofisi la rapida perdita della loro capacità di secernere LH ed FSH, la cui concentrazione ematica ritorna a livelli prepuberi. Conseguono il blocco della progressione dei caratteri puberali, il rallentamento della maturazione ossea ed il rallentamento della velocità di crescita staturale. Viene così consentito al soggetto di allungare il tempo della propria crescita e di raggiungere una statura definitiva in ambito normale.

L'esecuzione della terapia è semplice e con minimo disagio per il paziente, perché, generalmente, è sufficiente una somministrazione intramuscolo del farmaco ogni 28 giorni. È necessario effettuare un controllo periodico degli effetti della terapia, che noi

consigliamo ogni 6 mesi, mediante il rilievo della statura e del peso e l'esecuzione di un test del GnRH, che consente di monitorare continuamente l'effetto endocrino principale del trattamento, cioè la soppressione delle gonadotropine. Questo permette di adeguare tempestivamente il dosaggio e/o l'intervallo di somministrazione del farmaco o di rilevare l'eventuale scarsa o mancata aderenza del paziente alla terapia.

Essenziale è anche il rilievo dell'età ossea, che generalmente è sufficiente eseguire ogni anno. La valutazione contemporanea della velocità di crescita staturale e di avanzamento dell'età ossea permette di giudicare in modo appropriato l'efficacia della terapia e di decidere il momento della sua interruzione.

Al trattamento non si accompagnano effetti collaterali significativi.

Dopo la fine della terapia il paziente dovrà essere ancora controllato, finché non sarà evidenziata la ripresa dell'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi associata al rinnovato avanzamento dello sviluppo puberale.

Bibliografia

- Gajdos ZK, Hirschhorn JN, Palmert MR (2009). What controls the timing of puberty? An update on progress from genetic investigation. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity* 16:16-24.
- Palmert MR, Boepple PA (2001). Variation in the timing of puberty: clinical spectrum and genetic investigation. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 86:2364-8.
- Herman-Giddens ME, Slora EJ, Wasserman RC, Bourdony CJ, Bhapkar MV, Koch GG, Hasemeier CM (1997). Secondary sexual characteristics and menses in young girls seen in office practice: a study from the Pediatric Research in Office Settings Network. *Pediatrics* 99:505-12.
- Heger S, Sippell WG, Partsch CJ (2005). Gonadotropin-releasing hormone analogue treatment for precocious puberty. Twenty years of experience. *Endocrine Development* 8:94-125.
- Partsch CJ, Heger S, Sippell WG (2002). Management and outcome of central precocious puberty. *Clinical Endocrinology* 56:129-148
- Abreu AP, Dauber A, Macedo DB, Noel SD, Brito VN, Gill JC, Cukier P, Thompson IR, Navarro VM, Gagliardi PC, Rodrigues T, Kochi C, Longui CA, Beckers D, de Zegher F, Montenegro LR, Mendonca BB, Carroll RS, Hirschhorn JN, Latronico AC, Kaiser UB (2013). Central precocious puberty caused by mutations in the imprinted gene MKRN3. *N Engl J Med* 368:2467-75.
- Marti-Henneberg C, Vizmanos B (1997). The duration of puberty in girls is related to the timing of its onset. *The Journal of Pediatrics* 131:618-21.

- Dorn LD. Psychological and social problems in children with premature Adrenarche and precocious puberty. In: Pescovitz OH, Walvoord EC, eds. When puberty is precocious: scientific and clinical aspects. Totowa, NJ: Humana Press, 2007:309-27.
- Tremblay L, Frigon JY (2005). Precocious puberty in adolescent girls: a biomarker of later psychosocial adjustment problems. *Child Psychiatry & Human Development* 36:73-94.
- Michaud PA, Suris JC, Deppen A (2006). Gender-related psychological and behavioural correlates of pubertal timing in a national sample of Swiss adolescents. *Molecular and Cellular Endocrinology* 254-255:172-8.
- Carel JC, Lahliou N, Roger M, Chaussain JL (2004). Precocious puberty and statural growth. *Human Reproduction Update* 10:135-47.

5.3 Adolescenti

5.3.1 Alcuni comportamenti a rischio: i comportamenti alla guida e il bullismo

Fabio Voller - ARS Toscana

La densità e la variabilità e rilevanza di ciò che accade in età adolescenziale non ha confronti con le altre età, è in questo periodo che è più probabile iniziare a fumare bere, guidare, usare droghe, tabacco. In questo paragrafo ci occuperemo di identificare alcune aree a rischio che interessano la popolazione adolescente e che meglio riescono a declinarsi tenendo in considerazione la differenza di genere, ci concentreremo in particolare sugli eventi acuti, rappresentati in modo paradigmatico dagli incidenti stradali e dagli atti di bullismo. La possibilità di approfondire uno “spaccato” in questo ambito viene fornita dallo studio Epidemiologia dei determinanti dell’infotunistica stradale (EDIT) che, ideato e realizzato dall’ARS nel 2005, ha lo scopo di indagare i comportamenti alla guida ed altri stili di vita a rischio in un campione di studenti degli istituti pubblici secondari della Toscana. Come tratteremo in modo più approfondito nel paragrafo dedicato agli incidenti stradali, questi rappresentano la prima causa di morte nei soggetti in età adolescenziale per i maschi ma anche per femmine.

Il campione complessivo EDIT (Voller et al., 2011) è costituito nel 2011 da 4.829 giovani ma, in questo lavoro, è stato deciso di indagare un sottogruppo, quello dei guidatori abituali, costituito da 2.589 soggetti, di cui 1.670 maschi (64,5%) e 919 femmine (**Tabella 5.19**).

Tabella 5.19

Frequenze assolute e percentuali relative ad alcune caratteristiche del gruppo dei guidatori abituali per genere – Toscana, anno 2011 - Fonte: elaborazioni ARS su dati EDIT

Caratteristiche	Maschi N=1.670		Femmine N=919	
	N	%	N	%
Età				
<=14	118	7,1	44	4,8
15	262	15,7	107	11,6
16	327	19,6	153	16,6
17	345	20,7	191	20,8
18	354	21,2	266	28,9
>=19	264	15,8	158	17,2
Episodi di binge drinking				
No	885	55,7	596	67,7
Sì	705	44,3	284	32,3
Consumo regolare di sigarette				
No	704	63,4	448	61,7
Sì	407	36,6	278	38,3
Utilizzo di sostanze stupefacenti				
No	1.057	64,9	632	70,0
Sì	572	35,1	271	30,0
Atteggiamento da bullo				
No	1.211	74,3	773	86,2
Sì	418	25,7	124	13,8
Aver ripetuto almeno un anno scolastico				
No	1.148	70,1	730	80,3
Sì	490	29,9	179	19,7
Guida dopo aver bevuto troppo				
No	1.143	70,7	760	84,7
Sì	473	29,3	137	15,3
Guida dopo aver assunto sostanze stupefacenti				
No	1.384	85,2	824	90,8
Sì	241	14,8	83	9,2
Parlare al cellulare durante la guida				
No	1.148	72,2	668	74,7
Sì	442	27,8	226	25,3
Fumare sigarette durante la guida				
No	1.340	82,8	746	83,8
Sì	279	17,2	144	16,2

Tabella 5.20

Frequenze percentuali delle caratteristiche del gruppo dei guidatori abituali, distinte nei due gruppi di coloro che hanno dichiarato di aver avuto, o meno, incidenti stradali Toscana, anno 2011 - Fonte: elaborazioni ARS su dati EDIT

Caratteristiche	Maschi			Femmine		
	Nessun incidente (NI)	Almeno un incidente (AUI)	p-value	Nessun incidente (NI)	Almeno un incidente (AUI)	p-value
Età						
<=14	12,7	4,2		8,6	4,5	
15	18,6	9,8		13,4	6,6	
16	13,9	16,7		12,4	14,2	
17	16,4	17,2	<0,001*	14,5	16,0	0,025*
18	16,5	22,4		22,2	25,3	
>=19	16,5	29,6		29,1	33,4	
Stili di vita e aspetti scolastici						
Utilizzo di sostanze stupefacenti (nell'ultimo anno)	27,2	48,2	<0,001*	22,0	46,4	<0,001*
Binge drinker (nell'ultimo mese)	33,1	53,8	<0,001*	25,9	43,0	<0,001*
Aver ripetuto almeno un anno scolastico	22,2	40,1	<0,001*	19,0	28,1	0,014*
Atteggiamento da bullo	21,4	27,2	0,038*	15,2	15,7	0,0867
Rapporti sessuali precoci	11,5	26,5	<0,001*	12,0	19,0	<0,001*
Aspetti legati alla guida						
Guida dopo aver bevuto troppo (nell'ultimo anno)	20,1	41,7	<0,001*	8,0	26,3	<0,001*
Guida dopo aver assunto sostanze stupefacenti (nell'ultimo anno)	9,1	24,4	<0,001*	5,7	17,5	<0,001*
Parlare al cellulare durante la guida (nell'ultima settimana)	20,0	36,4	<0,001*	22,3	37,3	<0,001*
Fumare una sigaretta durante la guida (nell'ultima settimana)	11,5	26,5	<0,001*	12,1	26,1	<0,001*

*p-value significativo: <0,05.

Le caratteristiche del campione analizzate rivelano valori sempre più alti dei maschi rispetto alle femmine, ad eccezione della voce “consumo regolare di sigarette”, in cui la percentuale di femmine del 38,3% è leggermente superiore a quella dei maschi pari a 36,6% (**Tabella 5.20**). Per quanto riguarda gli altri aspetti indagati, quelli in cui la forbice maschi/femmine è maggiore sono gli “episodi di *binge drinking*” (maschi: 44,3%, femmine: 32,3%), “atteggiamento da bullo” (maschi: 25,7%, femmine: 13,8%), “aver ripetuto almeno un anno scolastico” (maschi: 29,9%, femmine: 19,7%) e infine la “guida dopo aver bevuto troppo” (maschi: 29,3%, femmine: 15,3%).

La **Tabella 5.20** mostra le percentuali riferite ad alcuni possibili fattori di rischio associati agli incidenti stradali, distinguendo i guidatori abituali tra “coloro che hanno dichiarato di aver avuto almeno un sinistro nel corso della loro vita” da “coloro che invece non ne hanno dichiarati”.

Le distribuzioni dei due generi sono piuttosto speculari, ad eccezione delle conseguenze della guida per alcuni comportamenti che sono tipicamente maschili, quali l’aver ripetuto almeno un anno scolastico (nessun incidente - NI: 22,2% *vs* almeno un incidente - AUI: 40,1%, $p<0,001^*$) che per le femmine mostra differenze molto meno marcate (NI: 19,0% *vs* AUI: 28,1%, $p=0,014^*$) e l’avere un atteggiamento da bullo (NI: 21,4% *vs* AUI: 27,2%, $p=0,038^*$) che invece per il genere femminile, sebbene il dato non sia statisticamente significativo, mostra risultati molto omogenei in termini di conseguenze (NI: 15,2% *vs* AUI: 15,7%, $p=0,867$).

Riassumendo, se è vero che in generale i maschi fanno registrare un numero maggiore di incidenti stradali, nel sottogruppo regionale degli adolescenti le femmine presentano dei rischi a volte anche superiori rispetto a quelli dei maschi coetanei, come ad esempio nel caso della “guida dopo aver bevuto troppo”. Siamo quindi in presenza di una omogeneizzazione dei comportamenti, tipica di questa fascia d’età, come già mostrato nel Capitolo 3 relativo agli stili di vita.

Passando al fenomeno del bullismo, cercando di darne una definizione possiamo descriverlo come una forma poliedrica di maltrattamenti, per lo più sperimentato nelle scuole e nei luoghi di lavoro, che si caratterizza per l’esposizione ripetuta di una persona ad aggressioni fisiche e/o emozionali tra prese in giro, insulti, derisioni, minacce, molestie, esclusione sociale o voci (Olweus D et al., 1999; Einarsen S et al 2003).

Questo fenomeno rappresenta un importante problema di salute pubblica che richiede, sempre di più, un intervento coordinato tra le famiglie e le diverse figure professionali che operano nel settore giovanile. Studi recenti, infatti, hanno messo in luce una vasta gamma di patologie rilevanti che riguardano gli individui coinvolti nel bullismo, indipendentemente dal ruolo svolto (spettatori, bulli e/o vittime). In particolare questi ragazzi sperimentano, con maggior probabilità, sintomi psicosomatici, fughe da casa, uso di alcol e droga, assenteismo e, soprattutto, lesioni accidentali o auto-inflitte (Gini G e Pozzoli T, 2009; Srabstein J e Piazza T, 2008).

Secondo la Dichiarazione internazionale di Kandersteg (2008), si stima che nel mondo 200 milioni di bambini e di giovani subiscano abusi dai loro compagni raggiungendo

un'incidenza media di circa il 10%, con una forte variabilità osservata nei diversi territori che, secondo un recente studio svolto dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) in 40 Paesi in via di sviluppo, oscilla tra l'8,6 e il 45,2% nei ragazzi e il 4,8 e il 35,8% nelle ragazze.

Rispetto a parametri quali sesso ed età, emerge che il bullismo riguarda sia i maschi che le femmine, ma con alcune differenze: i maschi mettono in atto prevalentemente azioni di bullismo diretto, colpendo indifferentemente **sia maschi che femmine**; le femmine, invece, utilizzano forme di bullismo indiretto prendendo di mira principalmente altre coetanee femmine, con una prevalenza di episodi di diffusione di informazioni false o cattive sul loro conto. In generale, le azioni di bullismo diminuiscono al crescere dell'età.

In Italia, in base ai risultati dell'indagine sulle condizioni dell'infanzia e dell'adolescenza condotta da Telefono azzurro ed Eurispes (2011), su 1.496 studenti di età compresa tra i 12 e i 18 anni, le forme di prevaricazione più comunemente messe in atto sono soprattutto indirette. Fra queste risaltano soprattutto la diffusione d'informazioni false o cattive sul proprio conto (25,2%), le provocazioni e le prese in giro ripetute (22,8%) e le offese immotivate (21,6%). Il 10,4% dei ragazzi intervistati ha riferito di subire una continua esclusione/isolamento dal gruppo dei pari.

L'analisi per genere mostra una prevalenza, nel sesso maschile, di ragazzi che hanno subito episodi di danneggiamento (13,7% *vs.* 8,7%), minacce (7% *vs.* 4,2%) e percosse (4,1% *vs.* 2,5%).

In Toscana, secondo quanto emerso dallo studio EDIT (Voller et al., 2011), su un totale di 4.743 ragazzi coinvolti, il 19,2% dichiara di aver subito prepotenze nel corso dell'ultimo anno con una differenza di genere che individua le femmine come le persone maggiormente coinvolte (16,6% *vs.* 22,1%). In linea con il dato nazionale, anche in Toscana i ragazzi dichiarano di subire prevalentemente prepotenze di tipo indiretto attraverso prese in giro e insulti con un maggior coinvolgimento del genere femminile. I maschi, al contrario, sono più coinvolti in aggressioni fisiche e minacce.

In media, il 56,8% subisce prepotenze un giorno (o meno) al mese con un maggior interessamento, in termini di frequenza, del genere femminile (**Tabella 5.21**).

I luoghi in cui vengono messe in atto variano in base alla tipologia ma, sicuramente, l'ambiente scolastico (interno ed esterno) risulta il più rappresentato rispetto ai luoghi di ritrovo. In questo caso non si osservano differenze di genere.

Risultato opposto si osserva prendendo in esame gli studenti che mettono in atto le prepotenze, dove il genere maschile è interessato in misura maggiore (24,9% *vs.* 12,9%) (**Tabella 5.22**).

In entrambi i generi, se si esclude la risposta "altro", alla domanda riguardante la motivazione che li spinge verso un comportamento da bullo, la facile risoluzione al problema appare la principale (16,5% dei maschi e 14,5% delle femmine) seguita, nel genere maschile, dal bisogno di dimostrare la propria forza.

Tabella 5.21

Distribuzione percentuale delle prepotenze subite, tipologia e frequenza, per genere – EDIT 2011

Prepotenze subite	Maschi (N=439)	Femmine (N=588)	Totale (N=1.027)
Ha subito prepotenze da un coetaneo	16,6	22,1	19,2
Tipologia di prepotenza subita*			
Prese in giro	89,3	91,1	90,3
Offese e insulti	69,3	75,4	72,7
Scherzi pesanti	65,4	70,8	68,4
Esclusione dalle compagnie	53,2	68,0	61,4
Minacce	56,0	53,5	54,6
Furti di oggetti di scarso valore	49,9	52,7	51,5
Estorsione di denaro	39,5	42,6	41,3
Aggressioni fisiche	54,5	48,4	51,1
Altro	41,0	41,2	41,1
Quanto spesso l'ha subita*			
Tutti i giorni o quasi	6,2	3,2	4,5
Qualche giorno alla settimana	5,5	8,0	6,9
1-2 giorni a settimana	9,9	14,3	12,4
Qualche giorno al mese	13,2	24,1	19,4
1 giorno o meno al mese	65,2	50,4	56,8

* Calcolata su chi ha subito prepotenze

Tabella 5.22

Distribuzione percentuale delle prepotenze agite e le motivazioni che li spingono a metterle in atto, per genere – EDIT 2011

Prepotenze agite	Maschi (N=583)	Femmine (N=318)	Totale (N=901)
Ha fatto prepotenze	24,9	12,9	19,1
Per quale motivo*			
Dimostro di essere più forte degli altri	10,1	4,5	8,3
Mi piace che gli altri abbiano paura di me	6,6	5,3	6,2
Finalmente sono io quello che comanda	4,5	3,0	4,0
È il modo più efficace di risolvere le cose	16,5	14,5	15,9
I miei compagni/e si aspettano che io mi comporti così	5,4	3,8	4,9
Altro	56,9	68,9	60,7

* Calcolata su chi ha fatto prepotenze.

Come sappiamo, il fenomeno del bullismo non ha come protagonisti soltanto coloro che realizzano o subiscono prepotenze, ma vede la complicità di tutti i ragazzi che, pur assistendo ad atti di violenza fisica o morale, rimangono passivi. In Toscana, fra coloro che hanno assistito ad episodi di bullismo, soltanto il 32,1% dei maschi e il 41,2% delle femmine è intervenuto in difesa della vittima sia direttamente che attraverso il coinvolgimento di figure più adulte. I maschi, oltre ad essere meno disposti a difendere la vittima, si uniscono in maggior misura ai bulli (2,9% vs. 0,9%) o ridono (10,8% vs. 3,5%) assistendo alle loro azioni.

Bibliografia

- Voller F, Aversa L, Berti A, et al. (2011). *Comportamenti a rischio e stili di vita dei giovani toscani – I risultati delle indagini EDIT 2005 – 2008 – 2011*, Documento dell'Agenzia regionale di sanità della Toscana, n. 64.
- Olweus D. Norway, In: Smith PK, Morita Y, Junger-Tas J, Olweus D, Catalano R, Slee Pl, editors (2011). *The nature of school bullying: a cross-national perspective*, 1st edition. London: Routledge, p. 31.
- Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL. (2003). The concept of bullying at work. In: Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL, editors. *Bullying and emotional abuse in the workplace: international perspectives in research and practice*, 1st edition. London: Taylor and Francis; p. 6.
- Gini G, Pozzoli T. (2009). Association between bullying and psychosomatic problems: a meta-analysis. *Pediatrics*; 123: 1059-65 doi: [10.1542/peds.2008-1215](https://doi.org/10.1542/peds.2008-1215).
- Srabstein J, Piazza T, (2008). Public health, safety and educational risks associated with bullying behaviors in American adolescents. *Int J Adolesc Med Health*; 20: 223-33.
- Joint Efforts Against Victimization Conference di Kandersteg (2008). Dichiarazione di Kandersteg:
<http://www.kanderstegdeclaration.com/storage/Italienisch.pdf>
- Eurispes – Telefono Azzurro (2011). Indagine conoscitiva sulla condizione dell'Infanzia e dell'Adolescenza in Italia, Eurilink

5.3.2 Comportamenti sessuali e contraccezione

Mariarosaria Di Tommaso - AOU Careggi, Università degli Studi di Firenze
Caterina Silvestri - ARS Toscana

I comportamenti sessuali e l'orientamento verso la contraccezione negli adolescenti riflettono l'educazione in tema di atteggiamento da assumere sulle questioni riguardanti la sessualità umana (Brown RT et al, 2006). Ma oltre all'educazione sessuale e ai fattori biologici, sui comportamenti sessuali degli adolescenti influiscono altri determinanti: la cultura della società d'appartenenza che in Italia è molto cambiata, sebbene ancora esistano differenze geografiche Nord/Sud, le norme giuridiche che stabiliscono l'età del consenso e l'opinione dei coetanei che assume spesso il significato di grande autorevolezza (Kirby D, 1999).

Il questionario anonimo è uno strumento molto impiegato al fine di effettuare indagini conoscitive in tema di sessualità, per conoscere l'atteggiamento degli adolescenti di fronte alle decisioni da assumere, quali l'inizio della vita sessuale intesa come età del primo rapporto, la contraccezione e la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse (MST) (Donati S et al, 2000).

L'ultima edizione (2011) dello studio Epidemiologia dei determinanti dell'infortunistica stradale in Toscana (EDIT), indagine svolta dall'Agenzia regionale di sanità della Toscana con cadenza triennale sui principali comportamenti a rischio degli adolescenti toscani di età compresa fra i 14 e i 19 anni,0 consente, tra l'altro, di effettuare interessanti riflessioni sui comportamenti sessuali degli adolescenti in tema di contraccezione, nonché di valutare l'influenza che su tali comportamenti viene esercitata dall'appartenenza di genere.

Nello studio suddetto, il campione rappresentativo per Aziende USL su cui è stata effettuata l'indagine, è tratto, con modalità casuale, dagli istituti superiori della Toscana campionati in base alla tipologia di istituto. Nel campione in esame sono state selezionate 51 scuole e coinvolti 4.829 ragazzi (2.621 maschi, pari al 54,3%, e 2.208 femmine, pari al 45,7%) di età media di 16,6 anni senza particolari differenze di genere.

Nella sezione riguardante i comportamenti sessuali, che è quella presa a riferimento per questo articolo, è stata utilizzata la versione italiana dello *Youth Risk Behavior Surveillance System* (YRBSS – Sistema di monitoraggio dei comportamenti a rischio nei giovani) alla quale sono state aggiunte alcune domande volte ad indagare la conoscenza che i ragazzi hanno rispetto alle patologie sessuali e alla loro modalità di contagio.

Emerge dallo studio che il 44,4% dei maschi e il 47,6% delle femmine ha già avuto un rapporto sessuale. In entrambi i generi, l'età al primo rapporto è 15 anni e mezzo (**Tabella 5.23**). I dati, inoltre, mostrano che il 45,8% dei giovani intervistati dichiara di aver avuto un unico partner, seguiti dal 35,0% che, invece, ha dichiarato di averne avuti 3 o più. Le femmine che dichiarano di aver avuto 3 o più partner sono il 30,0% contro il 40,6% dei maschi.

Tabella 5.23
Rapporti sessuali e numero di partner degli adolescenti per genere – Anno 2011

	Maschi	Femmine	Totale
Ha avuto almeno un rapporto sessuale	44,4	47,6	46,0
Se sì, età media al primo rapporto	15,4	15,5	15,4
Se sì, numero di partner			
1	38,8	52,2	45,8
2	20,6	17,8	19,1
3 o più	40,6	30,0	35,0

La considerazione che l'età media di inizio della vita sessuale sia la stessa per entrambi i generi sottolinea che l'inizio della vita sessuale è strettamente età-dipendente e non risente, come in passato, dell'influenza dell'appartenenza di genere. Viceversa, in relazione al numero dei partner, le ragazze riferiscono comportamenti diversificati rispetto ai maschi che più frequentemente delle femmine hanno sperimentato un maggior numero di partner.

Nell'ultimo rapporto sessuale, i maschi hanno usato il profilattico in misura maggiore rispetto alle femmine (**Tabella 5.24**). L'uso del profilattico diminuisce in entrambi i generi all'aumentare dell'età e all'aumentare del numero di partner, in particolare nelle femmine.

I principali motivi del mancato utilizzo sono sicuramente il fastidio durante il rapporto in entrambi i generi, seguito dall'uso di altri anticoncezionali, nelle femmine, e dalla riduzione di sensibilità soprattutto nei maschi.

La considerazione che l'utilizzo di altri anticoncezionali, soprattutto nelle femmine, si accompagna ad una riduzione dell'uso del profilattico, indica una ridotta attenzione delle femmine alla prevenzione delle MST rispetto ad altra problematica quale quella della prevenzione della gravidanza. D'altra parte, anche la considerazione sui costi alti del preservativo, che è più sentita dai maschi rispetto alle femmine, colloca il preservativo tra gli strumenti contraccettivi di cui il maschio tende a farsi maggior carico.

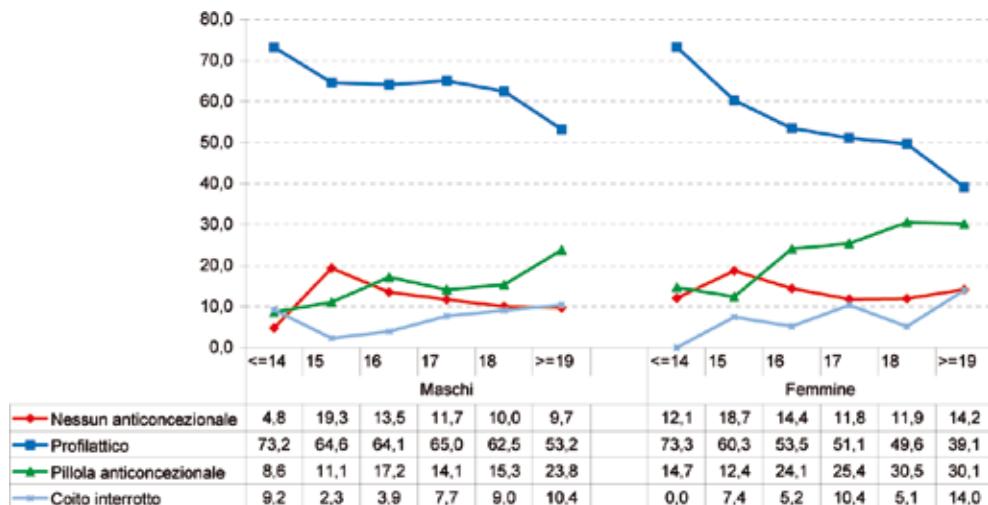
Se invece consideriamo l'uso del preservativo inserito nel contesto dei metodi anticoncezionali, si osserva come il suo utilizzo tenda a ridursi nel tempo, in particolare nel genere femminile, all'aumentare dell'uso degli anticoncezionali orali (**Figura 5.10**).

Tabella 5.24

Uso del profilattico nell'ultimo rapporto sessuale per genere, età e numero di partner e motivi del mancato utilizzo del profilattico

	Maschi	Femmine	Totale
Età			
≤14	75,5	67,5	71,5
15	69,9	65,6	67,7
16	75,9	56,8	66,0
17	67,9	57,5	62,4
18	70,9	54,1	62,6
≥19	56,9	45,2	50,9
Totali	66,8	53,7	60,1
Numero di partner			
1	71,5	64,5	67,3
2	73,6	48,0	61,1
3 o più	61,5	38,7	51,2
Se non utilizzato, motivazioni del mancato utilizzo			
Mi dà fastidio durante il rapporto	47,1	41,6	43,9
Uso altri anticoncezionali	27,2	41,6	35,5
Mi riduce la sensibilità	38,5	24,6	30,5
Al partner non piace/non lo vuole	22,3	24,1	23,3
Non sempre lo porto con me	25,7	13,4	18,6
Sono troppo costosi	21,1	7,2	13,1
Penso che non serva a niente	9,7	5,9	7,5
Mi fa allergia	5,3	7	6,3
Provo imbarazzo a comprarli	7,9	3,7	5,5
Mi vergogno ad usarlo	4,4	2,1	3,1
È complicato da usare	4,6	1,5	2,8
Altro	34,6	29,9	31,9

Figura 5.10
Metodo anticoncezionale durante l'ultimo rapporto per genere ed età



* I dati sull'uso del preservativo possono differire da quelli della Tabella 5.24 perché questa domanda si riferisce esclusivamente ai metodi per prevenire una gravidanza.

Il rapporto inversamente proporzionale tra uso del profilattico e altri metodi contraccettivi che caratterizza tutti e due i sessi con l'avanzare dell'età, è comunque molto più marcato nelle femmine rispetto ai maschi indicando, comunque, la ridotta considerazione verso la problematica delle MST rispetto a quella della contraccezione e sottolinea che l'impiego del preservativo, laddove utilizzato, è più finalizzato alla contraccezione piuttosto che alla prevenzione delle infezioni. Infine, il mancato utilizzo di alcun tipo di contraccettivo, che caratterizza più i maschi delle femmine, sottolinea una sessualità più responsabile nelle femmine rispetto ai maschi.

In conclusione, in tema di differenze di genere nell'ambito della sessualità e della contraccezione come vissute dagli adolescenti, è possibile enucleare qualche dato interessante: a) la più accentuata molteplicità di partner che si riscontra nei maschi rispetto alle femmine; b) la minor sensibilità delle femmine rispetto ai maschi nei confronti della prevenzione delle MST; c) la maggior attenzione delle femmine nei riguardi della contraccezione; d) l'uso del preservativo è più appannaggio dei maschi rispetto alle femmine, sebbene non sia ben chiaro se questo rifletta una maggior sensibilità dei maschi nei confronti della prevenzione delle MST o se è solo legato alla minore possibilità di scelta contraccettiva che ha il maschio rispetto alla femmina.

Bibliografia

- Brown RT, Brown JD (2006) Adolescent sexuality. Prim Care; 33(2): 373.
- Department of Health and Human services, Centers for Disease Control and Prevention (2010). Youth Risk Behavior Surveillance System – United States, 2009, Vol. 59, N° SS-5.
- Donati S, Andreozzi S, Medda E, Grandolfo ME (2000) Salute riproduttiva tra gli adolescenti: conoscenze, attitudini e comportamenti. Rapporti ISTISAN 00/7
- Kirby D: (1999) Sexuality and sex education at home and school. Adolesc Med;10(2):195.

5.4 Stranieri

Monica Da Frè, Caterina Silvestri - ARS Toscana

Valeria Dubini - Azienda sanitaria di Firenze

Nell'analizzare i bisogni della popolazione straniera è fondamentale tenere in considerazione alcuni fenomeni. Il primo, che viene chiamato dagli esperti "effetto migrante sano" (Cravero, 2000), concerne il fatto che il migrante che sceglie di espatriare è giovane, in buone condizioni di salute, determinato e stabile psicologicamente. Il secondo, denominato "effetto salmone", evoca il comportamento dei salmoni che tornano nel luogo da cui sono partiti per depositare le uova allo scopo di morire; analogamente gli immigrati tornano nei paesi di origine più frequentemente se le loro condizioni di salute peggiorano (Colombo, 2007).

I problemi di salute della popolazione straniera vengono suddivisi in letteratura in tre categorie (Pasini, 2005): patologie di importazione, patologie di adattamento e patologie di acquisizione. Le prime possono essere legate a differenti eziologie, a fattori ereditari del Paese di origine, a consuetudini quotidiane del contesto di provenienza o ad agenti patogeni infettivi e trasmissibili, endemici nei propri paesi; le seconde sono il risultato dello sforzo di adattamento alla nuova società che possono causare ansia, depressione, nevrosi; le ultime dipendono dai fattori di rischio a cui l'immigrato viene sottoposto nel Paese ospite. Inoltre i bisogni di salute della popolazione straniera sono legati ai tempi di immigrazione: gli individui di nuova migrazione presentano bisogni d'urgenza, gli individui di recente stabilizzazione bisogni di neo-accoglienza, mentre quelli di antica migrazione bisogni legati al radicamento.

Infine l'utilizzo e la conoscenza dei servizi socio-sanitari sono anche influenzati da variabili culturali e relazionali: l'immigrato può, per una sua impostazione culturale, rivolgersi ai servizi sanitari solo in casi urgenti, portando con sé un diverso modo di intendere la salute.

Per i cittadini stranieri, comunitari e non, l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale (SSN) garantisce parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani per quanto riguarda l'assistenza sanitaria erogata. Se un cittadino straniero non ha il permesso di soggiorno, in quanto irregolarmente presente sul territorio nazionale e ha necessità di cure sanitarie, gli viene rilasciato un tesserino "straniero temporaneamente presente" (STP) direttamente dai servizi dell'Azienda sanitaria (punti di accesso ospedalieri, consultorio, distretti e/o centri socio-sanitari abilitati). Il tesserino ha validità di sei mesi su tutto il territorio italiano ed è rinnovabile in caso di permanenza della persona. La tessera STP assicura l'erogazione di cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti e/o essenziali, continuative per malattia e infortunio, programmi di medicina preventiva, tutela della gravidanza e maternità, tutela salute dei minori, vaccinazioni obbligatorie, profilassi, diagnosi e cura di malattie infettive, cura e riabilitazione in stati di tossicodipendenza.

La salute della popolazione straniera in Italia

Dall'indagine dell'ISTAT "Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia - Anno 2005" emerge la fotografia di una popolazione straniera residente con bisogni di salute abbastanza simili a quelli della popolazione italiana e mediamente in migliori condizioni di salute (ISTAT, 2008).

La popolazione straniera presenta delle differenze sia di genere sia rispetto alla popolazione italiana relativamente agli stili di vita che possono influenzare lo stato di salute. L'indagine evidenzia, nella popolazione straniera, una minor propensione al consumo di tabacco, ma in alcune etnie si registra tra i maschi una maggior prevalenza rispetto alle femmine sia di fumatori (Albania e Marocco) sia di forti fumatori⁶² (Europa non UE⁶³, Albania e Romania). La prevalenza di persone in sovrappeso o obese nella popolazione straniera è simile a quella italiana, anche se i maggiori problemi di eccesso di peso si rilevano negli uomini albanesi e nelle donne marocchine seguite dalle donne provenienti dagli altri Paesi africani e dall'Albania.

Nella popolazione straniera, le patologie più frequenti nelle quattro settimane precedenti all'intervista sono quelle dell'apparato respiratorio (11,2% nei maschi e 12,6% nelle femmine), del sistema osteomuscolare (2,4% vs 3,2%), dell'apparato digerente e dei denti (2,3% vs 3,2%) e traumatismi e avvelenamenti (3,2% vs 1,6%).

Il confronto con la popolazione italiana evidenzia la maggiore propensione dei

⁶² Più di 20 sigarette al giorno.

⁶³ L'Unione Europea del 2005, costituita da 25 paesi.

cittadini italiani a ricorrere a controlli di salute. Gli immigrati fanno poca prevenzione e controllano più raramente degli italiani il livello di colesterolo nel sangue, la glicemia e la pressione arteriosa, e tra gli stranieri sono sempre le donne a eseguire più controlli. Inoltre, le donne straniere eseguono di meno rispetto alle italiane gli screening dei tumori femminili e le differenze diventano sempre più marcate all'aumentare dell'età e per il pap-test emerge la bassissima propensione per i controlli di prevenzione delle donne di Africa e Albania.

La popolazione straniera, rispetto a quella italiana, ricorre di meno a visite mediche, soprattutto specialistiche, e agli accertamenti diagnostici, ma il ricorso è sempre più elevato tra le femmine rispetto ai maschi, in particolare per le visite mediche. La modalità di accesso ai servizi sanitari più frequente è quella del pronto soccorso, in particolare per gli uomini.

Il tasso di ricovero degli stranieri, generalmente più basso di quello degli italiani, tra le donne in età fertile è quasi doppio rispetto a quello delle italiane (5,1% vs 2,8%). Tra gli uomini la causa principale di ricovero è quella legata ai traumi.

Le donne straniere residenti in Italia usufruiscono complessivamente di un'adeguata assistenza nel loro percorso di maternità. In particolare, rispetto alle italiane, le donne immigrate si rivolgono più spesso alle strutture pubbliche e ricorrono meno alla medicalizzazione della maternità. Il consultorio pubblico rappresenta la principale figura/struttura di riferimento in gravidanza per poco meno del 40% delle donne straniere contro il 13,7% delle italiane. Rispetto alle italiane, è più alto il numero di donne straniere che non esegue tempestivamente i necessari controlli e che non è a conoscenza della possibilità di ricorrere a esami di diagnosi prenatale (Istat, 2008).

Le donne straniere presentano un maggior ricorso all'IVG. Nel 2011 la proporzione di IVG effettuate da donne straniere è del 34,4%. Il tasso di abortività delle donne straniere provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria (PFPM)⁶⁴ è diminuito passando dal 40,7 per 1.000 donne di 15-49 anni nel 2003 a 23,8 nel 2009 ma rimane più che triplo rispetto a quello delle italiane (6,7 per 1.000) (Ministero della Salute, 2013).

La salute della popolazione straniera in Toscana

Per l'analisi della salute della popolazione straniera in Toscana saranno analizzati principalmente l'ospedalizzazione e la salute riproduttiva.

Ospedalizzazione

La proporzione di cittadini non italiani (STP compresi) che vengono dimessi dalle strutture ospedaliere della Toscana (escludendo il neonato sano) è in aumento: nel 2000

⁶⁴ PFPM: Paesi dell'America centrale, dell'America del Sud, dell'Europa orientale e dell'Asia, ad eccezione di Giappone e Israele. Sono stati inoltre inseriti in questa categoria coloro che si dichiarano apolidi. Sono invece Paesi a sviluppo avanzato (PSA) i Paesi dell'America del Nord, dell'Europa occidentale, dell'Oceania, il Giappone e Israele.

era il 3,3% e sono nel 2012 il 7,6%. Questa proporzione è più elevata tra le femmine: le straniere costituiscono il 9,5% delle ricoverate, mentre gli stranieri il 5,3% dei ricoverati uomini (**Tabella 5.25**). Le nazionalità maggiormente rappresentate rispecchiano quelle della popolazione generale e sono per i maschi Albania, Romania e Marocco, mentre per le femmine Romania, Albania e Cina. Le prime tre nazionalità rappresentano rispettivamente il 45,0% e il 47,6% dei ricoverati stranieri.

Tabella 5.25
Proporzione di ricoveri di cittadini stranieri sul totale dei ricoveri avvenuti in Toscana, escluso neonato sano - Anno 2012

	Maschi	Femmine	Totale
% ricoveri effettuati da cittadini stranieri sul totale dei ricoveri	5,3	9,5	7,6
Primo paese	Albania	Romania	Romania
% §	21,4	20,1	18,4
Secondo paese	Romania	Albania	Albania
% §	14,7	15,9	17,7
Terzo paese	Marocco	Cina	Cina
% §	8,9	11,6	10,3

§ % sul totale dei ricoveri effettuati da cittadini non italiani.

Per le analisi successive si considerano i ricoveri dei residenti in Toscana avvenuti sia nelle strutture della Regione sia in quelle extraregionali.

I tassi di ospedalizzazione presentano un trend decrescente per italiani e stranieri più elevato nella popolazione femminile rispetto a quella maschile, questa differenza è più marcata nella popolazione PFPM (**Figura 5.11**). Nel 2011, nella popolazione italiana si sono registrati 253mila ricoveri per i maschi e 280mila per le femmine, mentre nella popolazione PFPM i ricoveri del genere femminile sono stati più del doppio rispetto a quelli maschili (24.243 vs 10.648).

La tendenza al regime di ricovero è simile sia per gli italiani sia per gli stranieri: i ricoveri in regime ordinario diminuiscono fino al 2008 per poi aumentare nuovamente a partire dal 2009 in entrambi i generi. Nel 2011 i ricoveri ordinari sono stati tra gli italiani il 75,2% dei ricoveri dei maschi e il 76,1% di quelli delle femmine, mentre tra gli stranieri PFPM sono stati rispettivamente il 71,9% ed il 71,7%.

In considerazione della diversa struttura per età della popolazione si rende necessario calcolare dei tassi specifici per età. Come per la popolazione italiana, nella popolazione straniera (PSA+PFPM) i tassi di ospedalizzazione nelle donne sono più elevati rispetto agli uomini nella fascia di età 15-39 anni, fattore legato prevalentemente all'ospedalizzazione per problemi della gravidanza, parto e puerperio. Anche se di poco, il tasso di ospedalizzazione è più elevato tra le donne straniere rispetto agli uomini anche nella fascia 40-64 anni (89,0 per 1.000 residenti vs 71,5), mentre in età pediatrica e in quella anziana è più elevato tra i maschi. Nel confronto italiani/stranieri, nella popolazione maschile, in tutte le fasce di età, si rilevano i tassi di ospedalizzazione più

elevati nella popolazione italiana rispetto a quella straniera, mentre nelle femmine ciò è vero ad eccezione della fascia 15-39 anni, dove le donne straniere si ricoverano di più rispetto alle donne italiane (181,3 per 1.000 vs 133,4 per 1.000) (Figura 5.12).

Figura 5.11

Tasso grezzo di ospedalizzazione dei residenti in Toscana per genere, paese di provenienza e anno di ricovero – Esclusi i neonati sani – Anni 2004-2011

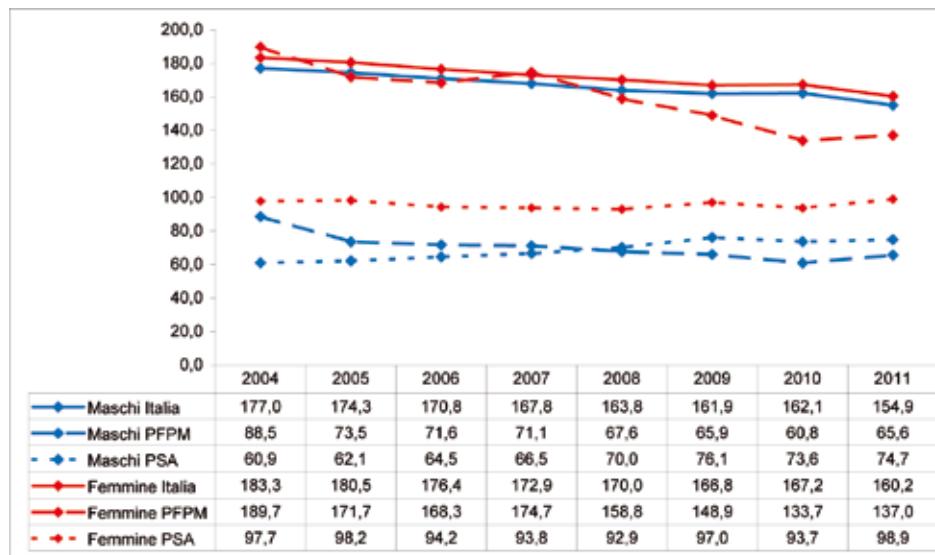
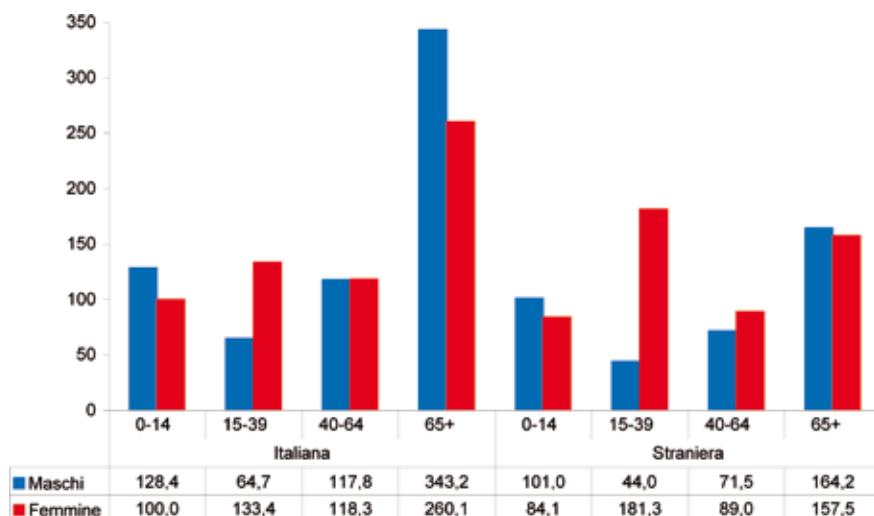


Figura 5.12

Tasso specifico di ospedalizzazione in Toscana per 1.000 residenti per genere, età e cittadinanza – Esclusi i neonati sani – Anno 2011



Indipendentemente dall'età, le prime tre cause di ricovero in regime ordinario per i cittadini italiani di genere maschile sono nell'ordine: malattie del sistema circolatorio, tumori e malattie dell'apparato digerente rispetto a traumatismi e avvelenamenti, malattie dell'apparato digerente e malattie del sistema respiratorio per gli stranieri (**Tabella 5.26**). In particolare tra i traumatismi e avvelenamenti dei PFPM maschi, le diagnosi di dimissione principale riguardano postumi di traumatismi del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo, frattura del radio e dell'ulna e frattura delle ossa della faccia. Per l'apparato digerente si riscontrano ernia inguinale, appendicite acuta e colelitosi, mentre per l'apparato respiratorio deviazione del setto nasale, malattie croniche delle tonsille e delle adenoidi e altre malattie del polmone.

I ricoveri per complicanze della gravidanza, parto e puerperio rappresentano più della metà dei ricoveri ordinari delle PFPM (con un tasso grezzo di ospedalizzazione del 50,8 per 1.000 residenti) rispetto al 13,5% dei ricoveri delle italiane (tasso grezzo del 16,4 per 1.000). Le straniere PFPM, inoltre, si ricoverano poi per malattie del sistema digerente e, come terzo motivo, per tumori. Tra le italiane, invece, la prima causa di ricovero sono le malattie del sistema circolatorio e la terza i tumori.

Mentre per le donne italiane la principale causa di ricovero per gravidanza, parto e puerperio è costituita dal parto normale (24,8%), per le straniere è l'aborto indotto legalmente a costituire la prima causa (23,0%), seguita di poco dal parto normale (22,5%). Per le italiane l'interruzione volontaria di gravidanza costituisce la seconda causa, ma con una proporzione quasi dimezzata rispetto alle straniere (12,4%) (**Tabella 5.27**). In un'analisi della salute di genere della popolazione straniera è quindi fondamentale approfondire gli aspetti che riguardano la salute riproduttiva che sono la principale causa di ricovero ospedaliero nella popolazione femminile.

Gli aborti spontanei

Nel 2012, nelle strutture toscane si sono registrati 4.249 aborti spontanei: 3.103 da donne italiane e 1.131 da donne di cittadinanza straniera. L'abortività spontanea in Toscana si presenta più elevata tra le donne straniere rispetto alle donne italiane, in diminuzione dal 2003 tra le prime e costante tra le seconde. Se rapportata al numero di nati vivi, si vede che il numero di gravidanze che esitano in aborto spontaneo è sovrapponibile a quello delle italiane (**Figura 5.13**). Il più elevato tasso di abortività spontanea risulta quindi legato a una maggiore fecondità della popolazione straniera.

Tabella 5.26
**Numero di ricoveri ospedalieri in regime ordinario, tassi grezzi* di ospedalizzazione e per causa del ricovero, paese di provenienza
 e genere – Esclusi i neonati sani – Anno 2011**

Classificazione delle cause di ricovero per grandi gruppi	Italia		Maschi		PPPM		Italia		Femmine		PPPM	
	Numero ricoveri	Tasso *										
Malattie infettive e parassitarie	3.553	2,2	344	2,1	3.364	1,9	309	1,7				
Tumori	21.947	13,4	392	2,4	21.531	12,3	980	5,5				
Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	3.582	2,2	211	1,3	6.198	3,5	268	1,5				
Malattie del sangue e degli organi emopoietici	1.213	0,7	67	0,4	1.514	0,9	109	0,6				
Disturbi psichici	4.214	2,6	240	1,5	4.785	2,7	312	1,8				
Malattie del sistema nervoso	7.101	4,3	352	2,2	7.283	4,2	368	2,1				
Malattie del sistema circolatorio	44.154	27,0	793	4,9	35.883	20,5	693	3,9				
Malattie dell'apparato respiratorio	21.144	12,9	851	5,2	17.327	9,9	639	3,6				
Malattie dell'apparato digerente	21.670	13,3	1.022	6,3	18.657	10,6	1.269	7,2				
Malattie dell'apparato genitourinario	11.227	6,9	369	2,3	11.597	6,6	897	5,1				
Complicanze della gravidanza, parto e puerperio		-		-	28.823	16,4	8.997	50,8				
Malattie della pelle e del sottocutaneo	1.355	0,8	103	0,6	1.305	0,7	93	0,5				
Malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo	13.230	8,1	414	2,5	16.971	9,7	522	2,9				
Malformazioni congenite	1.900	1,2	156	1,0	1.515	0,9	117	0,7				
Condizioni morbose di origine perinatale	697	0,4	101	0,6	601	0,3	77	0,4				
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	5.621	3,4	332	2,0	5.572	3,2	391	2,2				
Traumatismi e avvelenamenti	19.152	11,7	1.241	7,6	21.098	12,0	647	3,7				
Codici V - Ricoveri di natura speciale	8.476	5,2	672	4,1	9.580	5,5	710	4,0				

* Ricoveri sulla popolazione residente al 01/01/2011 per 1.000 residenti.

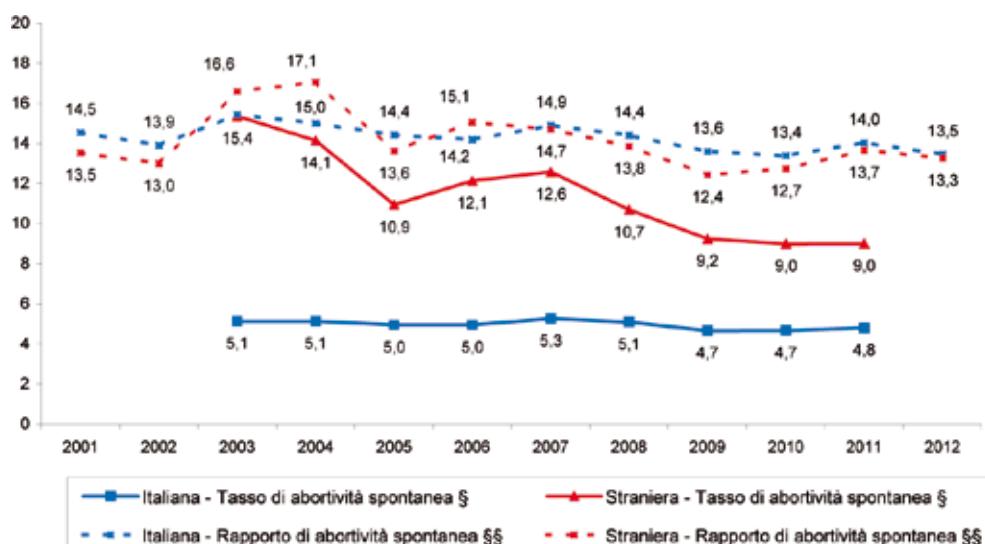
Tabella 5.27

Numero e percentuale della diagnosi principale alla dimissione dei ricoveri (ordinari e day hospital) per complicanze della gravidanza, parto e puerperio delle residenti in Toscana – Anno 2011

Codice ICD9-CM (prime tre cifre)	Descrizione	Italia		PFPM	
		n	%	n	%
650	Parto normale	8.789	24,8	2.750	22,5
635	Aborto indotto legalmente	4.398	12,4	2.810	23,0
664	Trauma del perineo e della vulva nel corso del parto	3.364	9,5	1.144	9,4
658	Altri problemi collegati alla cavità amniotica e alle membrane	2.198	6,2	596	4,9
654	Anomalie degli organi e dei tessuti molli della pelvi	2.030	5,7	581	4,8
632	Aborto ritenuto	1.909	5,4	431	3,5
634	Aborto spontaneo	1.514	4,3	504	4,1
644	Minaccia o travaglio di parto precoce	1.174	3,3	408	3,3
646	Altre complicazioni della gravidanza non classificate altrove	912	2,6	321	2,6
652	Posizione e presentazione anomale del feto	973	2,7	253	2,1
	Altre diagnosi	8.183	23,1	2.404	19,7
	Totali	35.444	100,0	12.202	100,0

Figura 5.13

Tasso e rapporto di abortività spontanea in Toscana per cittadinanza – Anni 2001-2012



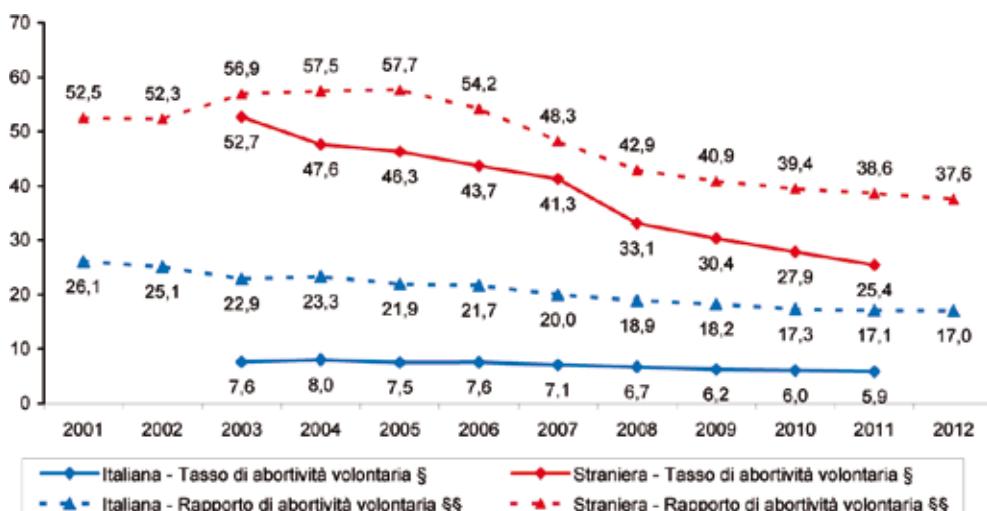
§ (per 1.000 donne 15-49 anni).

§§ (per 100 nati vivi).

Le interruzioni volontarie di gravidanza

La popolazione straniera presenta invece una maggior propensione al ricorso alle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) (**Figura 5.14**). Nel 2012, nelle strutture toscane sono state effettuate 7.121 IVG che hanno interessato per il 55,6% donne di cittadinanza italiana e per il 44,4% donne straniere. Il tasso di abortività volontaria delle straniere, seppur dimezzato rispetto al 2003, è quattro volte superiore a quello delle italiane che si attesta a 5,9 per 1.000 donne di 15-49 anni, in leggera diminuzione rispetto al 2003 (7,6 per 1.000). La differenza tra italiane e straniere rimane consistente, anche se in misura minore, se si considerano le IVG in relazione al numero di nati vivi: il rapporto di abortività volontaria è diminuito nel tempo ma rimane più che doppio rispetto a quello delle italiane. Rapporti di abortività più elevati della media nella popolazione straniera si registrano tra le peruviane (138 per 100 nati vivi), le nigeriane (71), le rumene (65), le moldave (57), le ucraine (51) e le filippine (44).

Figura 5.14
Tasso e rapporto di abortività volontaria in Toscana per cittadinanza – Anni 2001-2012



§ (per 1.000 donne 15-49 anni).

§§ (per 100 nati vivi).

L'età media delle straniere PFPM che ricorrono all'IVG è leggermente inferiore a quella delle italiane (29,7 anni vs 30,5 anni), tuttavia le IVG delle minorenni sono più frequenti nelle italiane, che vi ricorrono molto più di quanto partoriscono (**Tabella 5.28**). Considerando il rapporto di abortività volontaria, le minorenni italiane effettuano infatti 423 IVG ogni cento nati vivi (anni 2010-2012) contro le 104 delle straniere. Anche nella classe di età 18-24 anni il rapporto di abortività delle italiane risulta il doppio rispetto a quello delle straniere (73 vs 34 rispettivamente). Il fenomeno si inverte a partire dai 25 anni di età.

Le italiane che ricorrono all'IVG sono più frequentemente nubili rispetto alle straniere PFPM (59,7% vs 42,5%), hanno una scolarizzazione medio-alta (64,4% vs 35,8%) e lavorano in proporzioni maggiori (54,8% vs 46,8%).

Le italiane e le straniere PSA che ricorrono all'IVG hanno già dei figli in misura inferiore alle straniere PFPM (51,7%, 57,4% e 73,6%). Il dato è in accordo con la maggior fecondità della popolazione generale delle donne straniere. Tra le straniere PFPM maggiore è la proporzione di donne che hanno avuto precedenti IVG (42,8% vs 19,5% delle italiane). Il 24,2% delle straniere PFPM ha avuto una IVG, l'11,1% ne ha avute due ed il 6,5% tre o più vs il 15,4%, il 3,0% e l'1,1% rispettivamente delle italiane. La propensione alle IVG ripetute è più elevata nelle nigeriane (53,0%), cinesi (52,5%), peruviane (50,0%), cubane (48,3%) e rumene (48,3%).

Tabella 5.28
Caratteristiche socio-demografiche e storia ostetrica delle donne che hanno ricorso all'IVG per paese di origine – Confronto 2001-2012

Caratteristiche della donna	Italiana		PSA		PFPM	
	2012	2001	2012	2001	2012	2001
Numero di IVG	3.929	6.301	74	93	3.067	1.739
Età media (anni)	30,5	29,7	32,6	28,9	29,7	28,2
% <18 anni	4,1	3,0	0,0	0,0	1,6	1,0
% 35 anni e oltre	36,6	28,9	43,2	22,5	25,8	16,8
% 40 anni e oltre	13,1	9,0	25,7	5,6	6,4	4,26
% nubili	59,7	50,0	55,6	73,9	42,5	45,6
% scuola superiore o laurea	64,4	48,2	83,6	68,5	35,8	34,4
% occupate	54,8	54,8	47,8	50,7	46,8	41,0
% nati vivi precedenti	51,7	50,8	57,4	29,4	73,6	60,8
% IVG precedenti	19,5	17,1	28,3	27,2	42,8	34,2

Si osserva una generale tendenza all'aumento del ruolo dei consultori familiari pubblici per il rilascio della certificazione (**Tabella 5.29**). Il ricorso al consultorio, sebbene sia aumentato maggiormente tra le italiane rispetto al 2001, rimane il centro di riferimento preferito dalle straniere PFPM che vi ricorrono nel 54,8% dei casi vs il 42,8% delle italiane. La certificazione per urgenza viene rilasciata prevalentemente alle italiane (26,1%) rispetto alle straniere PFPM (19,2%).

Il tempo di attesa tra l'autorizzazione all'IVG e l'effettuazione dell'intervento è generalmente più lungo nelle donne straniere, indicando un problema di accessibilità ai servizi. Il 46,2% delle straniere PFPM attende più di 15 giorni rispetto al 32,6% delle italiane. Le straniere PFPM infatti abortiscono, entro 90 giorni, a settimane gestazionali più avanzate. Il 18,7% delle IVG nelle PFPM è stato eseguito a 11-12 settimane di età gestazionale rispetto all'11,6% delle italiane, mentre le italiane abortiscono prevalentemente nelle prime 8 settimane (57,1% vs 38,5% delle PFPM). Si osservano percentuali più basse di interventi dopo le 12 settimane per le PFPM (2,5% vs 4,4%).

La metodica secondo Karman risulta la tecnica più utilizzata sia tra le italiane che tra le straniere. L'IVG farmacologica viene offerta in proporzioni più alte alle italiane rispetto alle straniere (16,7% vs il 5,0% nel 2012), le quali, invece, fanno registrare un maggior ricorso all'isterosuzione rispetto alle italiane (30,5% vs 14,6%).

Tabella 5.29
Modalità di svolgimento dell'IVG per paese di origine – Confronto 2001-2012

Modalità di svolgimento dell'IVG	Italiana		PSA		PFPM	
	2012	2001	2012	2001	2012	2001
	%	%	%	%	%	%
Luogo certificazione						
Consultorio familiare pubblico	42,8	32,5	34,3	35,2	54,8	51,2
Medico di fiducia	32,6	43,8	46,6	41,8	30,9	26,1
Serv. Ost. Ginec. di istituto di cura	23,3	21,4	17,8	19,8	13,4	18,5
Altra struttura socio-sanitaria	1,2	2,4	1,4	3,3	0,9	4,3
Urgenti	26,1	22,1	43,1	39,1	19,2	31,6
Tempo di attesa fra il rilascio del documento o certificazione e l'intervento						
<15 gg	67,4	70,5	56,8	65,9	53,8	69,8
15-21 gg	22,2	19,8	25,7	23,1	27,0	20,5
22-28 gg	7,7	7,3	10,8	7,7	14,2	7,9
>28 gg	2,7	2,3	6,8	3,3	4,9	1,9
Età gestazionale						
≤8	57,1	52,4	48,6	35,5	38,5	36,0
9-10	26,9	34,1	28,6	45,2	40,4	42,7
11-12	11,6	10,9	17,1	18,3	18,7	19,7
>12	4,4	2,6	5,7	1,1	2,5	1,6
Tipo di intervento						
raschiamento	4,3	3,9	4,1	2,2	3,7	3,3
karman	62,3	79,1	62,2	59,3	59,4	68,3
isterosuzione	14,6	-	18,9	-	30,5	-
IVG farmacologica	16,7	-	12,2	-	5,0	-
altro	2,1	17,0	2,7	38,5	1,5	28,41

Gravidanza e parto

Nel 2012, nelle strutture toscane sono avvenuti 31.234 parto, dei quali il 27,1% da donne di nazionalità non italiana prevalentemente provenienti dai PFPM (**Figura 5.15**). Considerando i parto che interessano almeno un genitore straniero, si rileva che le coppie con entrambi i genitori non italiani costituiscono il 69,4%, le coppie con madre straniera e padre italiano il 24,8% e le coppie con madre italiana e padre straniero il 5,8%.

Figura 5.15
Proporzione di partì da donne straniere e da donne straniere PFPM – Anni 2001-2012



Il confronto con lo storico considera il 2004 perché, per le variabili introdotte dal 2003 e per quelle relative l’assistenza in gravidanza, il dato è di migliore qualità rispetto agli anni precedenti.

Le partorienti straniere PFPM presentano delle caratteristiche socio-demografiche diverse sia dalle italiane sia dalle straniere PSA (**Tabella 5.30**): sono più giovani e meno istruite. L’età media al parto è 28,3 anni per le straniere PFPM e di 33,3 tra le italiane, solo il 14,7% ha 35 anni o più (42,9% tra le italiane e 46,2% tra le straniere PSA) e il 2,6% ha 40 anni o più (9,8% tra le italiane e 14,7% tra le straniere PSA). Il 54,3% delle straniere PFPM ha un titolo di studio medio-basso (licenza elementare o scuola media inferiore), contro il 19,4% delle italiane e il 6,5% delle PSA. Le italiane al parto sono più spesso al primo figlio (55,0% vs 44,4% delle PFPM), mentre tra le partorienti PFPM il 14,8% ha già almeno 2 figli (7,1% delle italiane). Le gravidanze plurime sono l’1,9% delle gravidanze delle italiane e l’1,4% delle gravidanze delle straniere PFPM. La prevalenza leggermente più elevata di parti plurimi tra le italiane è legata alla più elevata età materna, ma anche al maggior ricorso alla procreazione medicalmente assistita (2,5% vs 0,9%). Tra i fattori di rischio che possono influenzare gli esiti di gravidanza non si notano differenze nella prevalenza di donne in sovrappeso o obese tra italiane e straniere, mentre tra le italiane è più elevata la proporzione di fumatrici (9,5% vs 5,5% delle straniere PFPM e 4,9% delle PSA).

Tabella 5.30

Caratteristiche socio-demografiche delle donne che hanno partorito in Toscana per cittadinanza – Confronto 2004-2012

Caratteristiche delle madri	Italiane		PSA		PFPM	
	2012	2004	2012	2004	2012	2004
Numero di partì	22.681	25.135	327	346	8.090	4.496
Età media al parto	33,3	32,0	33,9	33,0	28,3	27,3
Età media al primo parto	32,1	30,9	33,1	32,1	26,3	25,8
% 35 anni e oltre	42,9	30,6	46,2	40,6	14,7	10,5
% 40 anni e oltre	9,8	5,1	14,7	7,4	2,6	1,7
% titolo di studio medio-basso	19,4	28,9	6,5	8,4	54,3	59,4
% primipare	55,0	58,8	50,3	54,9	44,4	54,2
% almeno 2 figli precedenti	7,1	6,2	10,9	7,1	14,8	10,8
% fumatrici	9,5	10,1	4,9	6,2	5,5	5,8
% sovrappeso e obese	21,0	19,5	12,4	12,1	22,5	17,9
% gravidanza plurima	1,9	1,3	2,5	1,5	1,4	1,1
% gravidanza da PMA	2,5	1,6	2,7	2,1	0,9	0,8

Rispetto all'assistenza in gravidanza, vi sono differenze significative tra italiane e straniere, anche se il quadro dell'accesso ai servizi delle straniere è decisamente migliorato negli ultimi anni (**Tabella 5.31**).

Secondo le indicazioni dell'OMS e del protocollo regionale, è consigliato fare la prima visita in gravidanza entro la 12esima settimana ed effettuare almeno 3 ecografie per le gravidanze fisiologiche. Le donne straniere PFPM sono coloro che eseguono in gravidanza sia un numero di visite sia un numero di ecografie minore rispetto alle italiane: rispettivamente l'11,1% e il 2,2% esegue la prima visita dopo la 12esima settimana, l'1,0% e lo 0,2% non esegue nessuna visita in gravidanza, infine l'11,9% e lo 0,9% esegue meno di tre ecografie. Nel 2004, la quota di PFPM che eseguiva la prima visita in gravidanza dopo la 12esima settimana era il doppio (22,2%) ed era molto più elevata la quota di straniere PFPM che non eseguiva nessuna visita in gravidanza (7,1%). Infine, dal 2004 è calata anche la quota di coloro che eseguivano meno di 3 ecografie (18,7%).

Mentre per le donne italiane la struttura o persona di riferimento in gravidanza è nel privato (72,9%), le donne straniere PFPM si rivolgono al consultorio (65,5%).

Nell'ambito della diagnostica prenatale invasiva sono meno rispetto alle italiane le donne straniere PFPM che ricorrono all'amniocentesi o alla villocentesi: nel 2012 solo il 18,7% delle donne straniere con 35 anni o più ha effettuato l'amniocentesi o la villocentesi vs il 44,0% delle italiane. In quest'ultimi anni si è assistito anche alla diffusione di test di screening non invasivi. In Toscana, nel 2012, ha eseguito il test di screening per la sindrome di Down il 77,2% delle partorienti italiane, il 73,7% delle PSA e il 50,8% delle PFPM.

Tabella 5.31
Visite ed esami in gravidanza effettuati da donne che hanno partorito in Toscana per cittadinanza – Confronto 2004-2012

	Italiane		PSA		PFPM	
	2012	2004	2012	2004	2012	2004
% studio privato	72,9	77,1	61,8	62,7	14,5	17,4
% consultorio	13,2	11,9	20,9	22,1	65,5	63,6
Numero medio di visite	7,3	6,9	7,2	6,8	5,9	5,2
% nessuna visita	0,2	2,0	0,0	3,2	1,0	7,1
% prima visita dopo la 12° settimana	2,2	4,3	3,5	3,9	11,1	22,2
Numero medio di ecografie	5,8	5,1	5,3	4,6	3,9	3,4
% nessuna ecografia	0,2	0,9	0,0	1,5	1,2	3,0
% meno di tre ecografie	0,9	1,9	4,6	4,7	11,9	18,7
% screening	77,2	36,7	73,7	37,8	50,8	26,1
% amniocentesi	17,4	37,3	17,5	32,6	4,0	5,7
% villocentesi	6,7	2,7	4,6	3,5	1,5	0,8
% amnio/villi dai 35 anni in poi	44,0	69,1	41,0	69,0	18,7	27,8
% amnio/villi sotto i 35 anni	12,3	28,4	12,7	22,4	3,7	4,1

Per quanto riguarda gli esiti neonatali (prematurità e basso peso alla nascita), emerge una differenza significativa tra le donne straniere PFPM e le donne italiane sulla proporzione di nati vivi sotto le 37 settimane di gestazione (il 7,6% dei nati vivi da donne straniere PFPM rispetto al 6,7% dei nati vivi da madre italiana), anche aggiustando per età, titolo di studio, parità, indice di massa corporea della madre, fumo in gravidanza e genere del parto (**Tabella 5.32**). La proporzione invece di bambini sottopeso (<2.500 grammi) sembra essere più elevata tra le italiane (7,2%) rispetto alle straniere PFPM (6,4%); anche considerando fattori quali età, parità, fumo in gravidanza, prematurità e gemellarità, essere straniera PFPM risulta un fattore protettivo (2011-12 - OR 0,87; IC: 0,77;0,98).

Tabella 5.32
Prematurità e basso peso alla nascita dei nati vivi in Toscana – Confronto 2004-2012

Esi t neonatali	Italiane		PSA		PFPM	
	2012	2004	2012	2004	2012	2004
Nati vivi	23.057	25.384	335	350	8.186	4.515
% nati vivi <37 settimane	6,7	6,7	8,1	7,7	7,6	7,4
% nati vivi <32 settimane	0,8	0,7	0,9	0,6	1,1	0,9
% nati vivi <2.500 grammi	7,2	6,2	7,2	4,9	6,4	6,5
% nati vivi <1.500 grammi	0,9	0,9	1,2	0,3	1,1	1,1

Conclusioni

In Toscana, come in Italia, la popolazione immigrata ricorre in misura minore ai ricoveri ospedalieri e le differenze di genere sono attribuibili al parto e all'interruzione volontaria di gravidanza. Le stesse differenze si rilevano a livello nazionale (Regione Marche, 2009). Le diverse cause di ricovero di italiani e stranieri sia nel genere maschile che in quello femminile sono legate alla diversa struttura per età della popolazione. La popolazione italiana, essendo più anziana, presenta patologie con un periodo di latenza più lungo, mentre la popolazione straniera presenta necessità in linea con quella dei migranti di prima generazione che si spostano prevalentemente con progetti di lavoro e che fanno parte di un gruppo mediamente più sano.

L'assistenza materno-infantile risulta essere un'area piuttosto delicata, anche se il quadro dell'assistenza in gravidanza nella popolazione PFPM mostra un netto miglioramento nell'ultimo decennio: sono infatti in aumento le donne che seguono il protocollo regionale dell'assistenza in gravidanza ed effettuano un numero di visite ed ecografie adeguate e prediligono come figura/struttura di riferimento il consultorio. In generale, le donne straniere sembrano seguire un modello di assistenza dell'ostetrica (*midwife-led model*), il quale trova il suo fondamento nel concetto che la gravidanza e la nascita sono eventi fisiologici basati sulla naturale capacità della donna di vivere l'esperienza della nascita, accompagnata dalla quantità minima di eventi necessari. Probabilmente per questo motivo si rileva un minor ricorso allo screening neonatale per la sindrome di Down e alle metodiche di diagnostica prenatale invasiva (amniocentesi o villocentesi) anche stratificando per età.

L'analisi ha evidenziato un maggior rischio di ricorrere alle IVG nella popolazione straniera e, in particolare, in alcune etnie. Allo stesso modo si registra una più elevata frequenza di IVG ripetute a sottolineare, probabilmente, una minore conoscenza o utilizzo dei metodi anticoncezionali. L'accesso ai servizi presenta tempi di attesa più lunghi rispetto alle italiane e conseguente IVG ad epoche gestazionali più avanzate. Inizialmente, la popolazione straniera è stata esclusa dai criteri di inclusione per l'IVG farmacologica, poiché le istruzioni potrebbero non essere comprese perfettamente. Ora è stata prevista la possibilità di includerle attivando i mediatori culturali, ma rimane complesso spiegare che si tratta in definitiva di una procedura che richiede di attendere del tempo, cosa che si adatta di più a donne molto *empowered*. Inoltre, il ritardo nella richiesta dell'IVG e il conseguente intervento ad età gestazionale più avanzata tra le straniere rende non praticabile l'IVG farmacologica che deve essere eseguita entro la 7ª settimana.

Le percentuali più basse di interventi dopo le 12 settimane osservate per le PFPM (2,5% vs 4,4%) sono legate al fatto che le interruzioni dopo i 90 giorni riguardano, nella gran parte dei casi, gravidanze interrotte a seguito di diagnosi prenatali sfavorevoli, risultato di indagini diagnostiche alle quali le donne straniere ricorrono di meno.

Il maggiore ricorso ai consultori familiari offre la possibilità di portare avanti politiche di prevenzione dell'IVG, con offerta di informazioni e di utilizzo di contraccettivi: nel 2010 la Regione Toscana, in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità e l'Università "Sapienza" di Roma, ha coordinato un progetto finanziato dal Ministero della salute finalizzato alla prevenzione delle IVG nelle donne straniere. Il progetto, al quale hanno aderito 10 regioni, prevedeva un percorso formativo a cascata per i professionisti coinvolti nella prevenzione dell'IVG, e la promozione di proposte organizzative dei servizi mirate a favorire l'accesso e il coinvolgimento delle donne (in particolar modo straniere) secondo le indicazioni del Progetto obiettivo materno-infantile.

Nel favorire una diffusa e capillare informazione sui metodi contraccettivi è risultato strategico il coinvolgimento della popolazione immigrata anche attraverso le comunità di donne.

Il progetto, citato anche nella relazione annuale sull'applicazione della 194 del settembre 2013, ha prodotto risultati incoraggianti, con miglioramento nelle conoscenze delle donne straniere relative alla contraccezione ed alla procreazione responsabile, e incrementi di circa il 15-20% delle donne che tornano ai consultori per il controllo post-IVG.

Bibliografia

- Colombo A, Santangelo F (2007). Mortalità e cause di morte degli stranieri in Italia. In: Primo rapporto sugli immigrati in Italia, Ministero dell'Interno (a cura di), Roma http://www.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/assets/files/15/0673_Rapporto_immigrazione_BARBAGLI.pdf
- Cravero A (2000). Il rapporto tra medico italiano e paziente straniero. Milano: L'Harmattan Italia
- ISTAT (2008). Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia - Anno 2005: http://www3.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20081211_00/testointegrale20081211.pdf
- Ministero della salute. (2013) Relazione del Ministero della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela della sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78) - Dati preliminari 2012, dati definitivi 2011.
- Pasini N, (2005). La salute in Fondazione ISMU. Decimo rapporto sulle migrazioni 2004. Milano, Franco Angeli, pp. 169-182
- Regione Marche (2009). La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi. Ancona: http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area5/Prg_5_Immigrati_metodologia.pdf.pdf

5.5 Anziani e grandi anziani

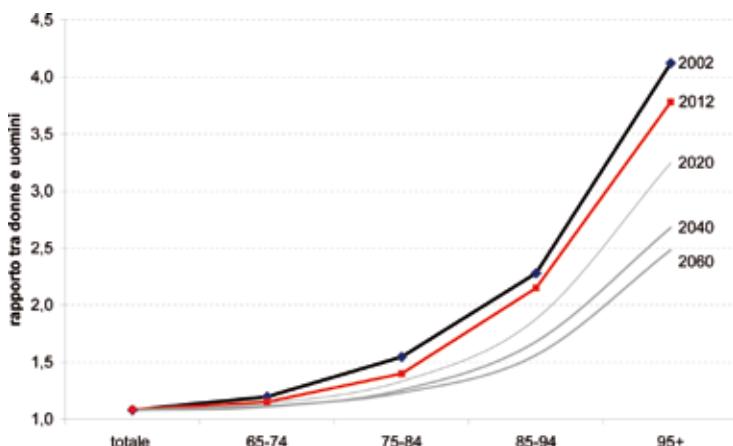
Matilde Razzanelli - ARS Toscana

In Toscana all'1/1/2011 vivono 872.766 ultra65enni (23,3% della popolazione regionale). Se nella popolazione generale il rapporto tra uomini e donne si mantiene mediamente intorno all'1:1, tra gli anziani le proporzioni tra i generi si sfasano, pendendo, in modo sempre più marcato all'avanzare dell'età, a favore delle donne, fino ad arrivare, tra gli ultra95enni, a quasi 4:1 (**Figura 5.16**).

Il rapporto tra anziane e anziani si è ridotto negli ultimi 10 anni e, in base ai dati ISTAT, si prevede un'ulteriore riduzione in questo divario. La maggiore aspettativa di vita alla nascita delle donne è uno dei motivi che altera il rapporto tra donne e uomini: in Toscana⁶⁵, nel 2011, una donna alla nascita può aspettarsi di vivere 85 anni (contro gli 81,1 degli uomini), vantaggio, questo, che permane a 65 e 75 anni, dove l'aspettativa di vita per le donne è rispettivamente di 21,79 anni (vs 18,27) e 13,46 (vs 10,91). Dal 1980 ad oggi, però, il divario nell'aspettativa di vita tra i generi è andato riducendosi, passando dai 6,94 anni a vantaggio delle donne nel 1980 ai 4,9 nel 2011: gli uomini hanno guadagnato 8,47 anni di aspettativa di vita alla nascita, contro i 6,43 delle donne. Anche il divario nelle aspettative di vita a 65 anni è andato riducendosi - ma molto meno - passando dai 4,1 anni del 1980 ai 3,6 del 2011⁶⁶.

Quindi le donne vivono più degli uomini, anche se questa disparità sembra volgere verso una riduzione. Ma come vivono? La maggiore *quantità* di vita, come si rapporta alla *qualità* della vita stessa?

Figura 5.16
Rapporto tra donne e uomini per fascia d'età in Toscana: numeri 2002-2012 e proiezioni 2020, 2040, 2060



⁶⁵ Sebbene a livello nazionale l'aspettativa di vita sia aumentata più che nella nostra regione, i valori assoluti della Toscana restano superiori, per entrambi i generi.

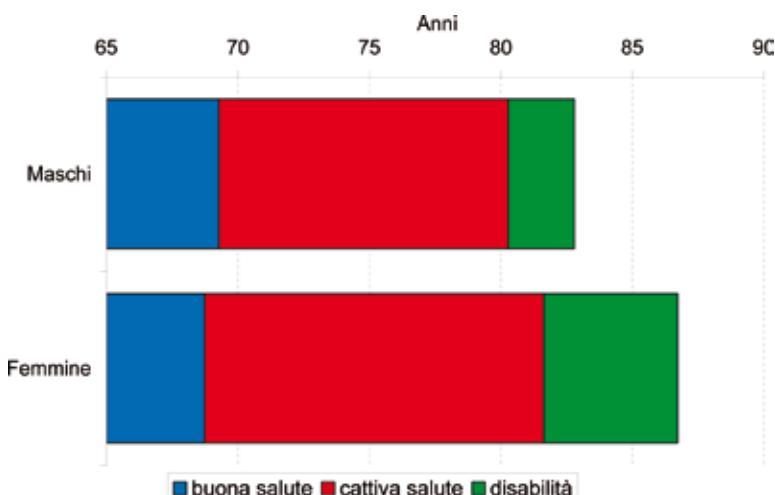
⁶⁶ Health for All, trend 1980-2011 nell'aspettativa di vita alla nascita e a 65 anni per genere, regione Toscana.

5.5.1 Qualità della vita, salute e disabilità

Uno sguardo ai dati sull'aspettativa di vita liberi da disabilità e in condizioni di salute a 65 anni⁶⁷, mostra che le donne possono aspettarsi di incorrere prima degli uomini in problemi di salute e di vivere per un maggior numero di anni in condizioni di malattia e/o disabilità (**Figura 5.17**).

Figura 5.17

Aspettativa di vita a 65 anni: in buona salute, con problemi di salute e con disabilità in Toscana - Fonte: Health for All – dati rilevazione Multiscopo Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2005



Dati più recenti sulla popolazione anziana residente a domicilio sono stati raccolti grazie alla partecipazione di alcune realtà locali regionali alla sorveglianza nazionale Passi d'Argento 2012⁶⁸.

Rispetto alla qualità di vita, abbiamo analizzato in Passi d'Argento la soddisfazione per la propria vita e la percezione del proprio stato di salute⁶⁹. Le donne intervistate sono significativamente meno soddisfatte delle propria vita rispetto agli uomini (28% vs 14% poco o per niente soddisfatti). L'analisi per classe d'età mostra un progressivo aumento

⁶⁷ Health for All, dati della rilevazione Multiscopo Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - anno 2005, regione Toscana.

⁶⁸ L'indagine Passi d'argento 2012 ha coinvolto nella nostra regione 8 Società della salute (Apuane, Lunigiana, Pistoiese, Pratese, Valdinievole, Amiata grossetana, Colline dell'Albegna, Grossetana) e 3 Aziende sanitarie (Arezzo, Empoli, Siena), per un totale di 3.037 anziani intervistati.

⁶⁹ Per queste dimensioni riporteremo le percentuali di risposta dei soli anziani che hanno risposto direttamente all'intervista anziché delegare un proxy. La percentuale di anziani che delega qualcun altro a rispondere (26% nel campione complessivo) sale all'aumentare dell'età (13% nella fascia d'età 65-74, 27% tra i 75-84enni, 53% tra gli ultra 85enni) e differisce per genere solo tra i 65-74enni, dove gli uomini delegano più spesso delle donne (18% vs 8%).

delle persone insoddisfatte all'aumentare dell'età e una maggiore insoddisfazione delle donne rispetto agli uomini in tutte le fasce d'età, anche se le differenze (sia per genere che per classe d'età) perdono di significatività nel passaggio negli over 85, dove perde di significatività il trend di peggioramento per entrambi i generi e dove le differenze di genere permangono ma sono meno significative (maschi 25,5% vs femmine 35,5%; $p=0,034$). L'interpretazione di questo dato deve tener conto che la mancanza di differenze riscontrata potrebbe essere dovuta sia al basso tasso di risposta in questa fascia d'età (v. nota 69) sia ai motivi stessi che lo hanno determinato. In generale bisogna tener conto del fatto che chi non risponde direttamente sta mediamente peggio sia sotto il profilo di salute (numero medio di malattie) sia sotto quello funzionale (numero medio di capacità perse).

Anche relativamente allo stato di salute percepito (**Figura 5.18**), dimensione correlata ad un aumentato rischio di declino delle funzioni fisiche, le donne, rispetto agli uomini, riportano significativamente più spesso cattive condizioni rispetto ai coetanei (24% vs 11%). All'aumentare dell'età aumentano le persone che percepiscono negativamente la propria salute, ma per gli ultra85enni valgono le stesse considerazioni fatte per la soddisfazione per la propria vita.

In modo comparabile tra i generi, sia la soddisfazione per la propria vita che la percezione dello stato di salute sono legate alla compresenza di due o più malattie⁷⁰, ma ancor più alla incapacità di svolgere almeno una tra le attività di base necessarie per vivere senza bisogno di assistenza periodica o continuativa (BADL)⁷¹ (**Tabella 5.33**).

Secondo i dati raccolti in questa sorveglianza, il 16,4% degli ultra65enni in Toscana ha perso almeno una BADL e il 28,3%, sebbene ancora autonomo nella attività di base, ha perso l'autonomia in almeno 1 delle attività più complesse, dal punto di vista fisico e/o cognitivo (IADL)⁷², cosa che spesso prelude l'insorgere di disabilità più gravi (**Figura 5.19**).

Nelle donne, la disabilità nella BADL passa dal 4% tra le 65-74enni al 53% nelle ultra85enni, l'aumento di disabilità è significativo all'aumentare dell'età, ma non lo è la differenza di prevalenza di disabilità tra i generi, se non tra gli ultra85enni, dove le donne sono effettivamente più disabili degli uomini.

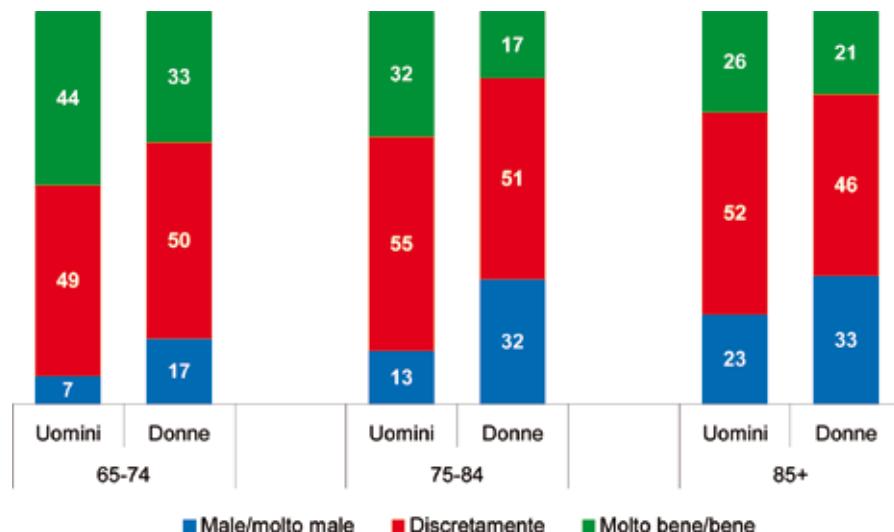
⁷⁰ Passi d'Argento rileva se l'intervistato dichiara di aver ricevuto diagnosi da un medico per insufficienza renale, bronchite cronica/enfisema/insufficienza respiratoria/asma bronchiale, ictus o ischemia cerebrale, diabete, infarto del miocardio/ischemia cardiaca/malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, tumori (inclusi leucemie e linfomi), malattie croniche del fegato.

⁷¹ BADL - *Basic activity of daily living*: indice di Katz (1963) che comprende le seguenti attività/funzioni: muoversi da una stanza all'altra, lavarsi, farsi il bagno o la doccia, vestirsi, mangiare, essere continentni (per feci e urine), usare i servizi per fare i propri bisogni.

⁷² IADL - *Instrumental activity of daily living*: scala di Lawton e Brody (1969) che comprende le seguenti attività: usare il telefono, prendere le medicine, fare la spesa o delle compere, cucinare o riscaldare i pasti, prendersi cura della casa, fare il bucato, spostarsi fuori casa con mezzi pubblici o con la propria auto, pagare conti o bollette.

Figura 5.18

Distribuzione percentuale degli anziani valutati per percezione del proprio stato di salute, per classe d'età e genere – Fonte: Passi d'Argento 2012 – pool Toscano

**Tabella 5.33**

Regressione logistica tra Insoddisfazione per la propria vita e percezione negativa del proprio stato di salute e condizioni di comorbosità e disabilità (stime aggiustate per genere) – Fonte: Passi d'Argento 2012 – pool Toscano

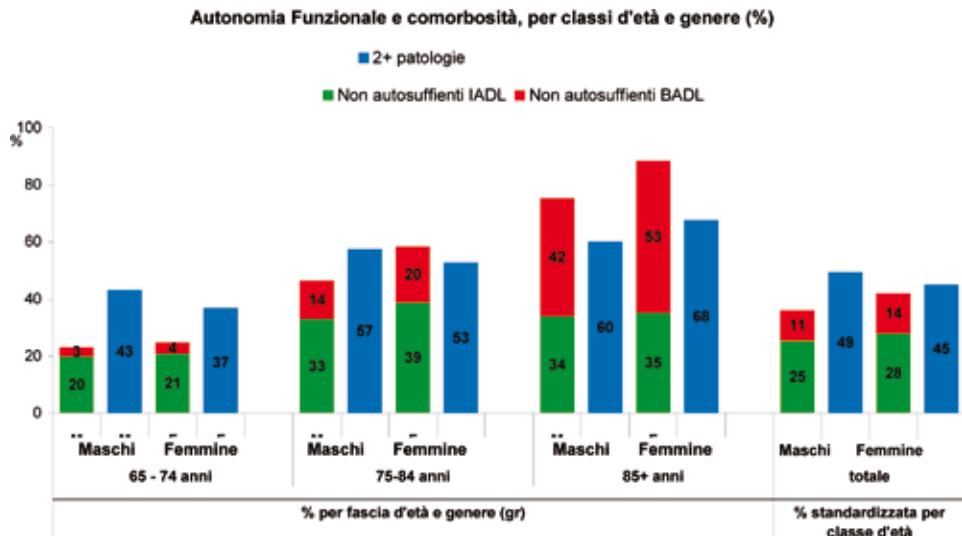
**p<0,001	Insoddisfazione per la propria vita		Percezione negativa dello stato di salute	
	OR	IC	OR	IC
Presenza 2 o più patologie	2.66**	1.87 - 3.78	4.19**	2.72 - 6.47
Disabilità in almeno una BADL	7.97**	4.34- 14.63	9.61**	5.20 -17.76

La presenza di disabilità esclusiva nelle IADL, che si attesta nella popolazione over 65 al 28%, è invece sempre comparabile tra i due generi, anche se alcune capacità sono molto più compromesse tra le donne che tra gli uomini in tutte le fasce d'età, come si vede in **Figura 5.20** dove sono riportate, per le sole variabili dove si riscontrano significative differenze di genere, le prevalenze di disabilità per singola attività nelle fasce d'età più anziane.

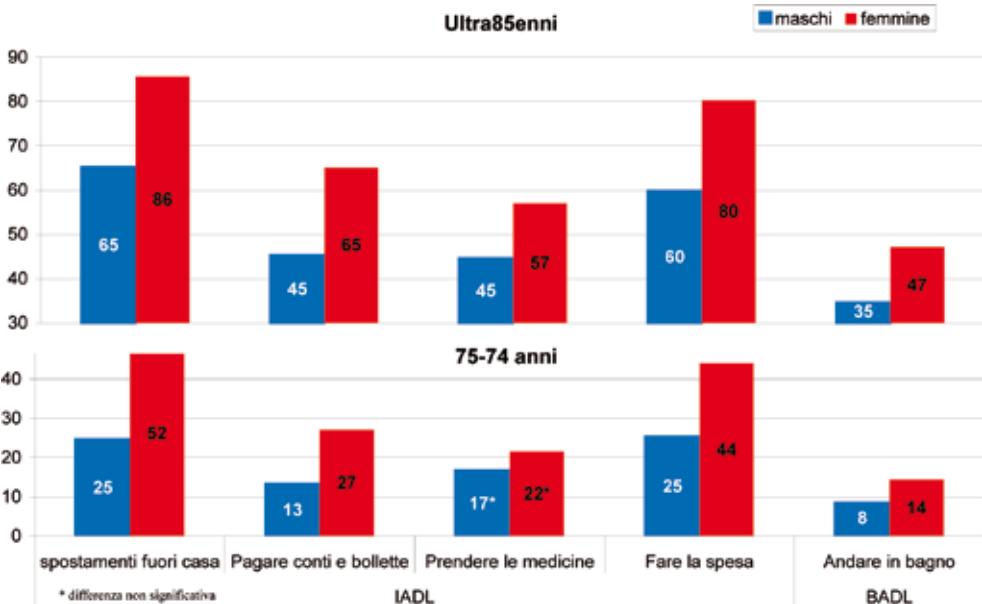
Per quanto riguarda la multi morbosità, le differenze di genere non raggiungono mai la significatività, considerando la compresenza sia di 2 che di 3 patologie (49% degli over 65 con 2 o più malattie e 26% con più di 3).

Figura 5.19

Distribuzione percentuale degli anziani valutati per livello di autonomia funzionale, confronti per classi d'età e genere (standardizzazione per classe di età sulla popolazione italiana del 2001) – Fonte: Passi d'Argento 2012 – pool toscano

**Figura 5.20**

Limitazioni nelle singole ADL e IADL, percentuali per fascia d'età e genere

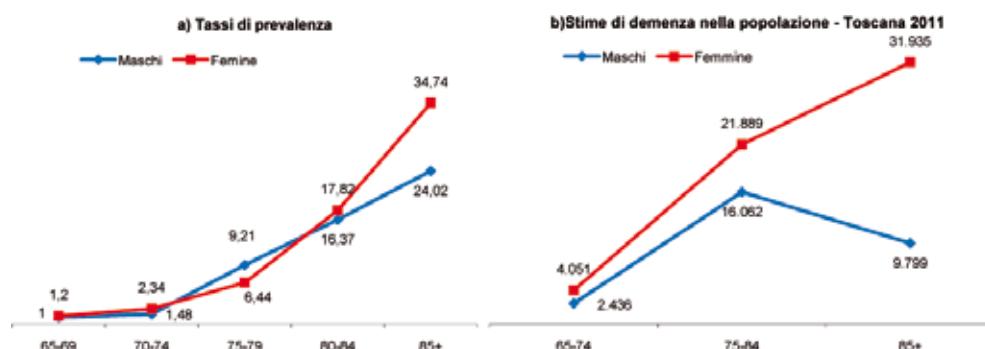


5.5.2 Demenza

Una delle principali cause di disabilità negli anziani, nonché una delle malattie che maggiormente impattano sulla qualità della vita dell'anziano e della sua famiglia, così come sui servizi di assistenza, è la demenza. Questa è una sindrome, fortemente associata all'età, che può essere causata da varie malattie progressive che colpiscono la memoria, il pensiero, il comportamento e la capacità di svolgere le normali attività quotidiane della vita.

L'ARS stima⁷³ che in Toscana, nel 2011, risiedessero oltre 86.000 anziani con demenza⁷⁴, di cui oltre il 67% donne (n = 57.875). I tassi di prevalenza tendono quasi a raddoppiare passando da una classe di età alla successiva variando dall' 1,1% nella fascia d'età di 65-69 anni al 31,5% nella fascia degli ultra85enni. Si stima un numero di casi quasi doppio nelle donne rispetto a quello dell'altro genere (**Figura 5.21**).

Figura 5.21
Prevalenza della demenza in Toscana (a) e stime di demenza nella popolazione (b), per fascia d'età a genere – Fonte: Portale Marsupio⁷⁵



Dato che i tassi di prevalenza non sono così diversi tra i generi, se non per gli ultra85enni, la numerosità dei casi di demenza tra le donne è probabilmente ascrivibile alla loro maggiore longevità e a durate di malattia superiori. Quest'ultima differenza potrebbe essere spiegata da un lato dalla maggiore comorbidità presente negli uomini malati di Alzheimer (Gambassi et al, 1999) e dall'altro dalla percentuale doppia negli uomini della demenza vascolare, caratterizzata da una mediana di sopravvivenza

⁷³ I casi prevalenti nei residenti a domicilio sono stati calcolati applicando alla popolazione ultra65enne residente il 01/01/2010 (Dati Istat) la stima pooled (Francesconi P et al, 2006) dei rapporti di prevalenza di 4 studi epidemiologici di popolazione condotti in Toscana tra il 1994 e il 2000.

⁷⁴ Portale Marsupio (<https://www.ars.toscana.it/marsupio/parsis/>) sezione anziani/demenza/prevalenza.

⁷⁵ Vedi nota 74.

dall'esordio della malattia di 3,9 anni rispetto ai 7,1 anni della malattia di Alzheimer (Fitzpatrick AL et al, 2005).

Conclusioni

Nel complesso, quindi, si confermano le evidenze di letteratura per le quali la maggiore longevità delle donne si accompagna a un profilo di salute, ma soprattutto funzionale, peggiore rispetto a quello dei maschi.

Gli indicatori sulla qualità della vita confermano che, nel complesso, le anziane hanno una percezione più spesso negativa della propria vita e sul proprio stato di salute rispetto ai maschi, in tutte le fasce d'età, il che acquisisce ancora maggior peso considerando che mediamente, sopra i 75 anni, chi non ha risposto all'intervista presenta un profilo di salute e funzionale peggiore di chi risponde.

Gli indicatori specifici sullo stato di salute mostrano che i livelli di comorbilità sono comparabili tra i due generi, anche se nelle fasce d'età più giovani sembra che stiano lievemente peggio gli uomini delle donne e viceversa nelle classi d'età più anziane. Sotto il profilo funzionale, invece, passati i 75 anni, le donne sono effettivamente molto più spesso portatrici di disabilità grave (nelle BADL), mentre la disabilità nelle attività strumentali (IADL) è comparabile come prevalenza in tutte le fasce d'età, anche se le donne risultano più spesso limitate in attività che implicano un movimento all'esterno della casa (spostamenti fuori casa e fare la spesa), nella gestione del denaro e, in età avanzata, dei farmaci.

La demenza, dato il suo essere età-correlata, resta una malattia femminile, non tanto per le prevalenze di malattia strato-specifiche, più alte solo negli ultra85enni, quanto per la numerosità della casistica femminile nella popolazione, che fa sì che oltre il 67% dei malati di demenza siano donne.

Bibliografia

- Fitzpatrick AL, Kuller LH, Lopez OL, et al. (2005). Survival following dementia onset: Alzheimer's disease and vascular dementia. *J Neurol Sci.*;229 230:43-9.
- Francesconi P, Roti L, Casotto V, et al. (2006). Prevalence of dementia in Tuscany: results from four population-based epidemiological studies. *Epidemiol Prev.* Jul-Oct;30(4-5):237-44.
- Gambassi G, Lapane KL, Landi F, et al. (1999). Gender differences in the relation between comorbidity and mortality of patients with Alzheimer's disease. Systematic Assessment of geriatric drug use via Epidemiology (SAGE) Study Group. *Neurology*;53(3):508 16.

Capitolo 6

Prevenzione

Ospedalizzazione

Pronto soccorso
e 118

Trapianti

Uso di farmaci

Medicine
complementari

Ricorso ai servizi sanitari

6. Ricorso ai servizi sanitari

6.1 Prevenzione

6.1.1 Vaccinazione HPV

Emanuela Balocchini, Sara Gallicchio - Regione Toscana

Dal 2008 la Regione Toscana ha avviato una campagna di vaccinazione contro l'infezione dal virus del papilloma umano (HPV) 16 e 18. Il target prioritario della vaccinazione anti-HPV è rappresentato dalle ragazze nel dodicesimo anno di vita, vale a dire dal compimento degli 11 anni fino al compimento dei 12 anni⁷⁶. La vaccinazione è offerta attivamente e gratuitamente a tutte le ragazze nel dodicesimo e nel sedicesimo anno di vita. Sempre in regime di gratuità, su richiesta dei genitori, la vaccinazione anti-HPV viene offerta anche alle adolescenti nel tredicesimo, quattordicesimo, quindicesimo, diciassettesimo e diciottesimo anno di vita, anni in cui non sono chiamate attivamente a vaccinarsi. Questo diritto permane anche in caso di adesione ritardata, fino al limite dei 18 anni per l'inizio del ciclo vaccinale⁷⁷.

Le ragazze interessate, residenti sul territorio toscano, sono invitate ad effettuare l'immunizzazione nei centri vaccinali aziendali tramite una lettera inviata al domicilio dalle Aziende Usl toscane. La vaccinazione anti-HPV prevede tre iniezioni intramuscolari sul braccio nell'arco di sei mesi.

Al fine di promuovere e sostenere il nuovo programma regionale di vaccinazione anti-HPV 2012-2015⁷⁸ è stato predisposto per le famiglie delle giovani adolescenti del materiale informativo, sia in italiano che in 8 lingue straniere (albanese, arabo, cinese, inglese, polacco, rumeno, spagnolo e tagalog)⁷⁹, completo di FAQ specifiche. Il materiale è reperibile *online* sul sito regionale e distribuito presso i centri vaccinali, gli ambulatori medici, i presidi ospedalieri, i consultori giovani e le farmacie.

La vaccinazione si affianca, in ogni modo, ai programmi di screening oncologico (Pap test e HPV test)⁸⁰ al fine di ridurre l'incidenza dei tumori del collo dell'utero.

⁷⁶ DGRT 856 del 27/10/2008. Recepimento dell'intesa Stato, Regioni e Province Autonome del 20/12/2007 e approvazione del programma regionale di vaccinazione anti-papilloma virus umano (HPV). Direttive alle Aziende Usl.

⁷⁷ DGRT 678 del 30/07/12. Programma di vaccinazione anti-HPV 2012-2015. Aggiornamento delle direttive alle Aziende USL.

⁷⁸ DGRT 586 del 11/07/2011. Prosecuzione del programma regionale di vaccinazione anti-papilloma virus umano (HPV).

⁷⁹ DD 5163 del 14/11/2011. Realizzazione percorso formativo e informativo a sostegno della campagna vaccinale anti-papilloma virus umano (HPV).

⁸⁰ DGRT 1049 del 26/11/2012. Programma di screening regionale per il tumore della cervice uterina con HPV primario in sostituzione del Pap-Test. Progettazione e modalità attuative.

Il Piano nazionale prevenzione vaccinale 2012-2014 prevede il raggiungimento di coperture vaccinali per 3 dosi di HPV $\geq 70\%$ nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2001, $\geq 80\%$ nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2002, $\geq 95\%$ nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2003. Il programma regionale di vaccinazione anti-papilloma virus umano (HPV), disposto dal Piano regionale della prevenzione 2010-2012, prevede il raggiungimento di almeno il 75% di copertura vaccinale al 31/12/2012, con tre dosi di vaccino anti-HPV, per le coorti dal 1997 al 2000. La riprogrammazione anno 2013 del Piano regionale della prevenzione 2010-2012 conferma e proroga il programma regionale di vaccinazione anti-papilloma virus umano (HPV), per le coorti dal 1997 al 2000, introducendo il raggiungimento del 70% di copertura vaccinale, con tre dosi di vaccino anti-HPV, per la coorte del 2001.

Nella **Tabella 6.1** sono riportati i dati regionali per le coorti di nascita del 1997 (prima coorte invitata attivamente nel corso del 2008) 1998, 1999, 2000 e 2001 per numero di dosi somministrate al 31/12/2012. Si evidenzia che i dati relativi alle coorti di nascita 2000 non sono definitivi poiché la rilevazione al 30/06/2013⁸¹ non è stata completata in tutto il territorio regionale (12 ASL toscane: di cui 7 hanno completato la chiamata e 5 hanno la chiamata in corso); inoltre si deve tener conto che la terza dose di vaccino viene somministrata a distanza di 6 mesi dalla prima.

Sebbene in tutte le ASL toscane la chiamata attiva per la coorte di nascita 2001 sia ancora in corso, si riportano i primi dati di copertura vaccinale disponibili per questa coorte di nascita.

Tabella 6.1
Copertura vaccinale rilevazione HPV per dose al 31/12/2012

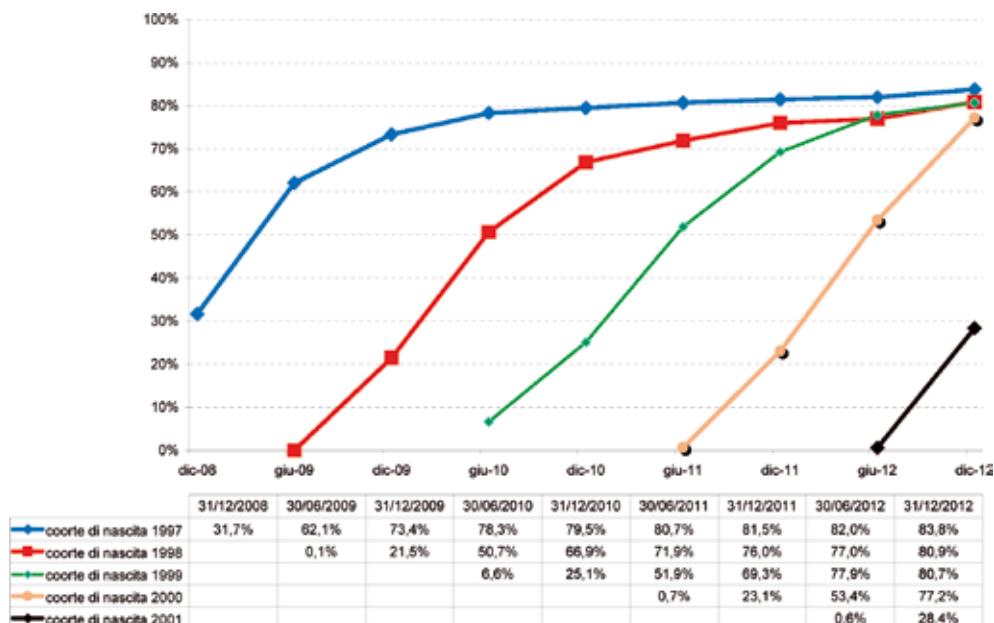
Coorte di nascita	% vaccinate con 1 dose	% vaccinate con 2 dosi	% vaccinate con 3 dosi
2001	69,1%	61,3%	28,4%
2000	85,7%	83,0%	77,2%
1999	85,1%	83,4%	80,7%
1998	85,4%	84,2%	80,9%
1997	88,3%	86,4%	83,8%

La **Figura 6.1** descrive il trend temporale della copertura vaccinale regionale per HPV delle coorti di nascita 1997, 1998, 1999, 2000 e 2001. Sull'asse delle ascisse viene riportato il periodo della rilevazione semestrale della copertura vaccinale effettuata, dal dicembre 2008 al dicembre 2012. Dalla **Figura 6.1** si può inoltre osservare che per le coorti 1997, 1998 e 1999 si è verificato un incremento progressivo delle coperture per la terza dose di vaccino nel corso dell'ultima rilevazione.

⁸¹ I dati di rilevazione delle coperture vaccinali per vaccinazione anti HPV per coorte di nascita dal 1993 al 2002 al 30/06/2013 saranno ufficiali dopo la trasmissione degli stessi all'Istituto superiore di sanità, entro il 30/09/2013.

Figura 6.1

Andamento temporale della copertura con 3^a dose di vaccino contro l'HPV nelle coorti di nascita 1997-2001



La Tabella 6.2 riporta i dati regionali di copertura vaccinale per le coorti di nascita del 1993, 1994, 1995 e 1996 per numero di dosi somministrate. L'adesione delle ragazze appartenenti al target secondario risulta inferiore rispetto a quello rilevato nelle dodicenni, in quanto non chiamate attivamente ma oggetto di recupero negli anni di rilevazione (Regione Toscana, 2008-2012).

Tabella 6.2

Copertura vaccinale rilevazione HPV delle coorti aggiuntive per dose al 31/12/2012

Coorte di nascita	% vaccinate con 1 dose	% vaccinate con 2 dosi	% vaccinate con 3 dosi
1996	82,7%	80,0%	76,0%
1995	79,7%	76,4%	72,1%
1994	78,0%	76,2%	73,4%
1993	74,4%	73,0%	70,1%

In Italia, tutte le Regioni hanno avviato l'offerta della vaccinazione contro l'infezione da HPV 16 e 18 entro la fine del 2008, con un'ampia finestra temporale da luglio 2007 a novembre 2008. A seguito dell'Intesa del 20 dicembre 2007 tra il Ministero della salute e le Regioni/Province autonome, la vaccinazione viene offerta attivamente e

gratuitamente alle dodicenni tramite i servizi vaccinali del Servizio sanitario nazionale in tutte le regioni (Intesa Governo-Regioni, 2007).

Dai dati presentati sullo stato di avanzamento della campagna vaccinale per l'HPV al 31/12/2012 dal Reparto di Epidemiologia di malattie infettive del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (CNESPS) dell'Istituto superiore di sanità - rapporto semestrale (ultimo monitoraggio aprile 2013) - la copertura nazionale per tre dosi di vaccino HPV della coorte di nascita del 1997 risulta pari al 68,5%, con un'ampia variabilità tra le regioni (25-84%), si evince che il tasso di copertura regionale più elevato risulta in Sardegna (84,1%), Toscana (83,8%) e Basilicata (82,4%).

La copertura nazionale media per tre dosi di vaccino HPV della coorte di nascita 1998 risulta pari al 67,8%, pertanto il tasso di copertura regionale più elevato risulta in Toscana (80,9%), Basilicata (80,5%) e Puglia (79,4%).

La copertura nazionale media per tre dosi di vaccino HPV della coorte di nascita 1999 risulta del 66,3%, e il tasso di copertura regionale più elevato risulta in Toscana (80,7%), Puglia (76,7%) e Basilicata (74,8%).

La copertura nazionale media per tre dosi di vaccino HPV nella coorte di nascita 2000 (dati non definitivi) risulta pari al 54,4%, e il tasso di copertura regionale più elevato risulta in Toscana (77,2%), Emilia Romagna (69,4%) e Basilicata (65,6%) (Giambi C, 2013).

Bibliografia

- Giambi C. (Aprile 2013) Stato di avanzamento della campagna vaccinale per l'HPV: dati di copertura vaccinale al 31/12/2012, Rapporto semestrale. Reparto di Epidemiologia di malattie infettive del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (CNESPS), Istituto superiore di sanità; 1:12.
- Intesa tra il governo, le Regioni e le Province autonome concernente “Strategie per l’offerta attiva del vaccino contro l’infezione da HPV in Italia” del 20 dicembre 2007.
- Regione Toscana 31/12/2012. Flusso 57a - Rilevazione coperture vaccinali per vaccinazione anti HPV per coorte di nascita dal 1993 al 2001 (12-18 anni). Schede di rilevazione avanzamento del programma di vaccinazione elaborate dalle Aziende USL 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11 e 12. Decreto n. 6250 del 21/12/2010. Sistema flussi dati Settore Servizi di prevenzione in sanità pubblica e veterinaria; 1:10.

- Regione Toscana 30/06/2012. Flusso 57b - Rilevazione coperture vaccinali per vaccinazione anti HPV per coorte di nascita dal 1993 al 2001 (12-18 anni). Schede di rilevazione avanzamento del programma di vaccinazione elaborate dalle Aziende USL 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11 e 12. Decreto n. 6250 del 21/12/2010. Sistema flussi dati Settore Servizi di prevenzione in sanità pubblica e veterinaria; 1:10.
- Regione Toscana 31/12/2011. Flusso 57a - Rilevazione coperture vaccinali per vaccinazione anti HPV per coorte di nascita dal 1993 al 2000 (12-16 anni). Schede di rilevazione avanzamento del programma di vaccinazione elaborate dalle Aziende USL 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11 e 12. Decreto n. 6250 del 21/12/2010. Sistema flussi dati Settore Servizi di prevenzione in sanità pubblica e veterinaria; 1:9.
- Regione Toscana 30/06/2011. Flusso 57b - Rilevazione coperture vaccinali per vaccinazione anti HPV per coorte di nascita dal 1993 al 2000 (12-16 anni). Schede di rilevazione avanzamento del programma di vaccinazione elaborate dalle Aziende USL 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11 e 12. Decreto n. 6250 del 21/12/2010. Sistema flussi dati Settore Servizi di prevenzione in sanità pubblica e veterinaria; 1:9.
- Regione Toscana 31/12/2010. Flusso 57 - Rilevazione coperture vaccinali per vaccinazione anti HPV per coorte di nascita dal 1993 al 1999 (12-16 anni). Schede di rilevazione avanzamento del programma di vaccinazione elaborate dalle Aziende USL 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11 e 12. Decreto n. 6250 del 21/12/2010. Sistema flussi dati Settore Servizi di prevenzione in sanità pubblica e veterinaria; 1:8.
- Regione Toscana 30/06/2010. Rilevazione coperture vaccinali per vaccinazione anti HPV per coorte di nascita dal 1993 al 1999 (12-16 anni). Schede di rilevazione avanzamento del programma di vaccinazione elaborate dalle Aziende USL 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11 e 12; 1:8.
- Regione Toscana 31/12/2009. Rilevazione coperture vaccinali per vaccinazione anti HPV per coorte di nascita dal 1993 al 1998 (12-16 anni). Schede di rilevazione avanzamento del programma di vaccinazione elaborate dalle Aziende USL 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11 e 12; 1:7.
- Regione Toscana 30/06/2009. Rilevazione coperture vaccinali per vaccinazione anti HPV per coorte di nascita dal 1993 al 1998 (12-16 anni). Schede di rilevazione avanzamento del programma di vaccinazione elaborate dalle Aziende USL 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11 e 12; 1:7.
- Regione Toscana 31/12/2008. Rilevazione coperture vaccinali per vaccinazione anti HPV per coorte di nascita 1997 e 1998. Schede di rilevazione avanzamento del programma di vaccinazione elaborate dalle Aziende USL 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11 e 12; 1:3.

6.1.2 Screening oncologici

Paola Mantellini - ISPO

L'offerta dell'intervento

I programmi di screening oncologico per il tumore della mammella, della cervice uterina e del colon-retto sono Livelli essenziali di assistenza (Dpcm/2001). Lo screening mammografico invita le donne residenti di età compresa tra i 50 e i 69 anni, mentre quello cervicale le donne tra i 25 ed i 64 anni. Uomini e donne di età compresa tra i 50 e i 70 anni sono invitati allo screening per il tumore del colon-retto. In regione Toscana lo screening organizzato per i tumori della cervice uterina e della mammella è consolidato da più di un decennio: l'offerta è in grado di coprire tutta la popolazione dello screening cervicale (99,2% di estensione nel 2009-11; Iossa A et al, 2012) e il 90% della popolazione dello screening per il tumore della mammella (biennio 2010-11; Falini P et al, 2012). La prevenzione del tumore del colon-retto con il test per la ricerca del sangue occulto fecale, di più recente attivazione, ha raggiunto una estensione, nel biennio 2010-11, dell'85,2% (Grazzini G et al, 2012) ed è in continua ascesa (92% nel 2012).

I dati nazionali prodotti dall'Osservatorio nazionale screening nel 2011 (Zappa M, 2012) evidenziano una estensione del 67%, del 74% e del 55% per i programmi di screening cervicale, mammografico e colorettale rispettivamente. Il confronto con il dato nazionale conferma gli ottimi risultati della nostra regione (**Tabella 6.3**).

La partecipazione della popolazione

I dati PaSSI 2010-11 (www.epicentro.iss.it/passi/) evidenziano alti livelli di copertura del tumore della cervice uterina e della mammella, con una quota di attività spontanea più rilevante per il primo. Questo andamento riguarda anche la regione Toscana. I dati 2012 di adesione ai due programmi di screening evidenziano valori del 56% e del 72,6% rispettivamente. La partecipazione delle donne evidenzia un trend in crescita per il primo programma e una sostanziale stabilità nell'ultimo triennio per quanto riguarda lo screening mammografico. La partecipazione è correlata alla fascia di età con valori più bassi nelle donne più giovani (più evidente nello screening cervicale) e in quelle più anziane. In entrambi questi programmi l'adesione all'approfondimento diagnostico è anch'essa alta. Questi risultati confermano che la "fidelizzazione" delle donne è molto elevata e, analogamente alla estensione, l'adesione al test risulta tra le più alte in Italia (**Tabella 6.3**).

Il confronto tra i due sessi nello screening per il tumore del colon retto evidenzia, nel 2011, una maggiore partecipazione delle donne (oltre 4 punti percentuali) rispetto agli uomini (51,7% vs 47,3%). Questo trend si perde con l'avanzare dell'età (Grazzini G et al, 2012). A differenza dei due programmi precedenti l'adesione all'approfondimento diagnostico è invece lievemente minore nelle donne rispetto agli uomini (77,3% vs 78,5%).

Tabella 6.3

Estensione ed adesione ai programmi di screening oncologico organizzato - I dati regionali del 2012 e i dati nazionali del 2011

	MAMMELLA		CERVICE		COLON-RETTO	
	Estensione (%)	Adesione (%)	Estensione (%)	Adesione (%)	Estensione (%)	Adesione (%)
Toscana 2012	102*	72,5^	102,9*	56^	91,8*	51,5^
Nord Italia 2011	69**	n.d.	92**	n.d.	82**	22°
Centro Italia 2011	83**	n.d.	82**	n.d.	56**	41°
Sud Italia e Isole 2011	55**	n.d.	45**	n.d.	18**	49°
Italia 2011	74**	55°	67**	41°	55**	48^

*Estensione aggiustata: invitati anno-inviti inesitati annui/(popolazione bersaglio annua – totale esclusi prima dell’invito)

^Adesione aggiustata: utenti rispondenti/(popolazione invitata - invitati inesitati - totale esclusi dopo invito)

** Estensione grezza: invitati anno-inviti inesitati annui/popolazione bersaglio annua

° Adesione grezza: utenti rispondenti/(popolazione invitata - invitati inesitati)

Negli anni più recenti le rilevazioni hanno interessato anche le donne migranti che, data la giovane età, rappresentano una quota non residuale di quelle invitate dai programmi di screening cervicale. Al convegno 2013 del Gruppo italiano screening del cervicocarcinoma (<http://www.gisci.it/documenti/convegni/rivadelgarda2013/>) sono stati presentati i dati nazionali 2009-2011 a cui hanno contribuito le Aziende USL di Lucca, Grosseto e Firenze. L’accesso al programma è reso difficile dal mancato aggiornamento delle anagrafi che non registrano sempre i frequenti cambiamenti di residenza di questa popolazione. La partecipazione è più bassa rispetto alle donne nate in Italia e tende a diminuire con l’avanzare dell’età. In una rilevazione fiorentina è emerso che, come per le donne italiane, l’adesione delle donne migranti aumenta con l’aumentare dei round di invito (Visioli CB et al, 2012). L’avvio del programma di screening mammografico nel comune di Firenze ha analizzato le variazioni di sopravvivenza causa-specifica (Puliti et al, 2012) tra classi di donne con differenti livelli socio-economici in tre diversi periodi: prima dell’introduzione dello screening (1985-1986), nei primi due round di screening (1991-1995) e nei successivi due (1996-2000). Prima dell’avvio del programma, le donne con tumore della mammella appartenenti al gruppo “deprivato” avevano una probabilità di sopravvivere di 12 punti percentuali più bassa di quelle della classe di riferimento. Questa differenza di sopravvivenza scompare nei due periodi successivi (1991-1995 e 1996-2000) nelle donne nella fascia di età 50-69 anni invitate allo screening. A riprova che questo livellamento sia dovuto proprio agli screening vi è un altro dato: le differenze presenti nella classe di età al di sotto dei 50 anni che non è oggetto di invito attivo rimangono invariate nel periodo recente.

Una delle ultime analisi di ricerca sociale sulla non rispondenza allo screening organizzato nell’area fiorentina (Grazzini G, 2012) dimostra che la spinta alla partecipazione è promossa dall’aver ricevuto una lettera di invito personalizzata e dalla relazione interpersonale con il medico di medicina generale. Nello screening cervicale

si conferma il ruolo rilevante del ginecologo, mentre per alcune donne un freno alla partecipazione è dovuto alla standardizzazione del percorso in cui non vi è certezza di essere accolti dallo stesso operatore.

Attività di prevenzione spontanea

Non trascurabile è il ricorso alla mammografia di prevenzione per il tumore della mammella da parte di donne in età compresa tra 40 e 49 anni. Il focus PaSSI regionale più recente rileva che il 58% di queste donne dichiara di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi due anni. Una analisi sui flussi delle prestazioni ambulatoriali regionali (SPA) del 2010 evidenzia che le donne 45-49enni che avevano fatto una mammografia bilaterale erano più di 32.000, pari a circa il 20% dell'intera popolazione. Anche se una quota ha effettuato l'esame per altri motivi, la maggior parte probabilmente lo ha fatto con finalità preventive.

Le evidenze scientifiche disponibili non depongono a favore di uno screening di popolazione per il tumore della prostata. Ciò nonostante è frequente il ricorso all'antigene prostatico (PSA) per motivi di prevenzione. Una analisi sulle SPA del periodo 2004-2005 (Ciatto S et al, 2008) conferma un elevato utilizzo del PSA con il maggior picco tra i 70 e 74 anni (37% nel 2004 e 41% nel 2005). Più recentemente il confronto tra il periodo 2008-2010 e il biennio 2011-2012 evidenzia, nella fascia 70-79 anni, una riduzione del 9,5% nel ricorso al PSA nei due periodi (tasso grezzo x 1.000; 1151,3 vs 1041,6). Un'analisi condotta nel braccio italiano dello *European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer* (ERSPC – Studio europeo randomizzato sullo screening del tumore alla prostata) (Puliti et al, 2012) conferma, analogamente alla mammella, che quando il programma di screening riesce effettivamente a raggiungere la maggioranza della popolazione, le differenze nella sopravvivenza causa-specifica tendono a scomparire fra il gruppo dei più deprivati e quelli che lo sono meno. Le differenze invece si mantengono nella popolazione fuori dal programma di screening.

Bibliografia

- Falini P, Piccini P, Ventura L et al (2012). I programmi di screening mammografico in Toscana. In: Mantellini P (ed) I programmi di screening della regione Toscana 13° Rapporto Annuale. Risultati e attività di ricerca 2011, 9-35. Scientific Press, Firenze.
- Iossa A, Vissoli CB, Carozzi FM et al (2012). I programmi di screening cervicale in Toscana. In: Mantellini P (ed) I programmi di screening della regione Toscana 13° Rapporto Annuale. Risultati e attività di ricerca 2011, 37-64. Scientific Press, Firenze.

- Grazzini G, Visioli CB, Facchini L et al (2012). I programmi di screening colorettale in Toscana. In: Mantellini P (ed) I programmi di screening della regione Toscana 13° Rapporto Annuale. Risultati e attività di ricerca 2011, 65-92. Scientific Press, Firenze.
- Zappa M (2012). Sull'orlo del futuro. 10 anni di programmi di screening in Italia, 9-17. Zadig Editore, Roma.
- Pool PaSSI 2008-2011. <http://www.epicentro.iss.it/passi/>
- Convegno GISCI Riva del Garda Giugno 2013 <http://www.gisci.it/documenti/convegni/rivadelgarda2013/>
- Visioli CB, Crocetti E, Iossa A et al (2012). Diseguaglianze nello screening cervicale tra donne immigrate e donne nate in Italia. In: Mantellini P (ed) I programmi di screening della regione Toscana 13° Rapporto Annuale. Risultati e attività di ricerca 2011, 103-110. Scientific Press, Firenze.
- Puliti D, Zappa M (2012). L'effetto dei programmi di screening oncologico sulle diseguaglianze socio-economiche in termini di sopravvivenza: il caso del tumore della mammella e della prostata nell'area fiorentina. In: Mantellini P (ed) I programmi di screening della regione Toscana 13° Rapporto Annuale. Risultati e attività di ricerca 2011, 95-101. Scientific Press, Firenze.
- G. Grazzini (a cura di) (2012). Analisi dei fattori associati alla non rispondenza nell'ambito dei programmi di screening organizzato nel distretto di Firenze. Pacini Editore SpA, Pisa.
- Ciatto S, Houssami N, Martinelli F et al (2008). PSA use and incidence of prostate biopsy in the Tuscany region: is opportunistic screening discontinuing biopsy in subjects with PSA evaluation?

6.2 Ospedalizzazione

Paolo Francesconi, Elisa Gualdani, Laura Pollicardo, Giuseppe Seghieri - ARS Toscana

L'Ospedalizzazione in Toscana nel 2011

I residenti toscani, nel 2011, hanno effettuato oltre 572.000 ricoveri (sia in regime ordinario che in day hospital - DH), con una media di 152,6 ricoveri ogni 1.000 residenti.

Le donne tendono a ricoverarsi mediamente meno degli uomini, fatta eccezione per la fascia d'età compresa tra 15 e 44 anni, dove si può ragionevolmente supporre la prevalenza delle femmine sui maschi a causa dei parti.

Le ospedalizzazioni in regime ordinario rappresentano circa il 75% di tutte le ospedalizzazioni e l'analisi per genere evidenzia le medesime peculiarità dell'ospedalizzazione totale.

Il restante 25% del totale delle ospedalizzazioni è rappresentato dal regime di DH in cui si denota una maggiore affluenza delle donne anche nella fascia d'età 45-64 anni, con un tasso di ospedalizzazione grezzo delle donne del 38,7 per 1.000, contro un 34,4 per 1.000 degli uomini (**Tabella 6.4**).

Tabella 6.4

Numeri dei ricoveri e tasso grezzo di ospedalizzazione (per 1.000 residenti) per regime di ricovero, genere e classe d'età - Anno 2011

Genere e classe di età	Ricoveri totali	Tasso di ospedalizzazione	Ricoveri regime OR	Tasso regime OR	Ricoveri regime DH	Tasso regime DH
F:0-14	22.195	96,0	12.276	53,1	9.919	42,9
F:15-44	89.724	133,3	64.727	96,1	24.997	37,1
F:45-64	62.648	117,0	41.921	78,3	20.727	38,7
F:65-84	95.730	232,1	78.569	190,5	17.161	41,6
F:85+	36.957	402,0	35.183	382,7	1.774	19,3
M:0-14	30.097	122,4	16.605	67,5	13.492	54,9
M:15-44	43.133	63,2	29.174	42,7	13.959	20,4
M:45-64	63.591	125,1	46.130	90,8	17.461	34,4
M:65-84	105.797	323,0	86.238	263,3	19.559	59,7
M:85+	22.500	551,5	20.865	511,4	1.635	40,1
Totale	572.372	152,6	431.688	115,1	140.684	37,5

Le principali cause di ricovero riguardano, genericamente, malattie del sistema circolatorio (con un 16% del totale dei ricoveri), seguite immediatamente da tumori (10%).

Per le donne, tuttavia, la principale causa di ricovero riguarda le complicanze della gravidanza, parto e puerperio (parto normale incluso), con il 16% circa del totale dei ricoveri, seguiti immediatamente dalle malattie del sistema circolatorio con un 13,4%. Per gli uomini, invece, la prima causa di ricovero risulta essere una malattia del sistema circolatorio (19,1% dei ricoveri), seguita da malattie dell'apparato digerente (11,7%) e da tumori con una frequenza del 10,6% (**Tabella 6.5**).

Tabella 6.5

Distribuzione percentuale e cumulate dei grandi gruppi di patologie secondo la classificazione ICD9-CM* e genere - Anno 2011

Classificazione ICD9-CM	Totale			Femmine			Maschi		
	N	%	% cum.	N	%	% cum.	N	%	% cum.
Malattie del sistema circolatorio	91.746	16,0	16,0	41.176	13,4	13,4	50.570	19,1	19,1
Tumori	57.366	10,0	26,1	29.224	9,5	22,9	28.142	10,6	29,7
Malattie dell'apparato digerente	54.886	9,6	35,6	23.773	7,7	30,6	31.113	11,7	41,4
Complicanze della gravidanza	48.219	8,4	44,1	48.219	15,7	46,3	0	0,0	41,4
Traumatismi e avvelenamenti	47.620	8,3	52,4	23.909	7,8	54,1	23.711	8,9	50,4
Malattie del sistema osteom.	45.143	7,9	60,3	25.072	8,2	62,3	20.071	7,6	57,9
Malattie dell'apparato resp.	45.100	7,9	68,2	20.067	6,5	68,8	25.033	9,4	67,4
Codici V - Ricoveri di natura spec.	42.692	7,5	75,6	22.280	7,3	76,1	20.412	7,7	75,1
Malattie dell'app. genitourin.	37.407	6,5	82,1	21.390	7,0	83,0	16.017	6,0	81,1
Malattie del sistema nervoso	26.666	4,7	86,8	13.349	4,3	87,4	13.317	5,0	86,1
Malattie endocrine	17.584	3,1	89,9	10.589	3,4	90,8	6.995	2,6	88,8
Sintomi, segni e stati morbosí	14.427	2,5	92,4	7.076	2,3	93,1	7.351	2,8	91,6
Disturbi psichici	13.329	2,3	94,7	6.884	2,2	95,4	6.445	2,4	94,0
Malattie infettive e parassitarie	10.591	1,9	96,6	5.032	1,6	97,0	5.559	2,1	96,1
Malformazioni congenite	7.009	1,2	97,8	3.009	1,0	98,0	4.000	1,5	97,6
Malattie della pelle	6.272	1,1	98,9	2.920	1,0	98,9	3.352	1,3	98,9
Malattie del sangue	4.462	0,8	99,7	2.416	0,8	99,7	2.046	0,8	99,6
Condizioni morbose	1.588	0,3	100,0	732	0,2	100,0	856	0,3	100,0
Non specificato	265	0,0	-	137	0,0	-	128	0,0	-
Totale	572.372	100,0	-	307.254	100,0	-	265.118	100,0	-

International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification (ICD9-CM – Classificazione internazionale delle malattie, IX Revisione, Modifica clinica).

I posti letto effettivamente utilizzati, nel 2011, sono 9.678,1. In particolare, per le donne si osserva un tasso dei posti letto effettivamente utilizzati costantemente inferiore a quello degli uomini, fatta eccezione per la classe di età 15-44 presumibilmente per i motivi sopra citati. Nel 2006, i posti letto effettivamente utilizzati ammontavano a 10.775,1 cioè 1.097 in più rispetto all'anno 2011, facendo così registrare una flessione (in cinque anni) di circa il 10%. Tuttavia, sebbene si sia osservato nell'ultimo quinquennio un decremento medio dei posti letto utilizzati, nella fascia di età 85+, il tasso è aumentato di oltre il 26% nelle donne, e addirittura il 35% negli uomini. La previsione all'anno 2016 fa osservare, rispetto al 2011, un incremento annuo dei posti letto dello 0,5% (**Tabella 6.6**).

Tabella 6.6

Posti letto effettivamente utilizzati e tasso posti letto (per 1.000 residenti), variazione media annua e previsione posti letto all'anno 2016 per genere e classe di età - Anni 2006 e 2011

Genere e classe di età	Posti letto 2006	Tasso posti letto	Posti letto 2011	Tasso posti letto	Variazione media annua	Previsione posti letto 2016
F:0-14	245,1	1,1	244,2	1,1	-0,1	239,0
F:15-44	1.057,0	1,6	885,2	1,3	-3,3	856,2
F:45-64	1.056,2	2,0	922,9	1,7	-2,5	977,2
F:65-84	2.513,2	6,1	2.107,1	5,1	-3,2	2.196,8
F:85+	735,5	8,0	928,6	10,1	5,3	1.065,8
M:0-14	320,2	1,3	300,4	1,2	-1,2	315,4
M:15-44	691,2	1,0	544,7	0,8	-4,2	525,6
M:45-64	1.211,4	2,4	1.041,5	2,0	-2,8	1.102,7
M:65-84	2.554,5	7,8	2.175,7	6,6	-3,0	2.329,7
M:85+	390,8	9,6	527,9	12,9	7,0	653,1
Totale	10.775,1	2,9	9.678,1	2,6	-2,0	9.900,8

L'ospedalizzazione in regime di day hospital medico e chirurgico

Nel 2011 i residenti in Toscana hanno effettuato circa 72.000 ricoveri in regime di DH, con un tasso di ospedalizzazione di 19,4 ogni 1.000 residenti. Sia le femmine che i maschi di 0-14 anni tendono a effettuare mediamente più ricoveri in DH medico, con un tasso grezzo rispettivamente del 37,8 e 43,2 ogni 1.000 residenti; un po' meno nelle fasce di età più anziane, con un tasso di ospedalizzazione di 22 ricoveri circa per le femmine e 33 per i maschi ogni 1.000 residenti.

In regime di DH chirurgico, nel 2011 si osservano in Toscana circa 68.000 ricoveri, con un tasso grezzo del 25 circa per le femmine di età compresa tra i 15 e 44 anni e del 26,5 per i maschi di età 65-84 anni (**Tabella 6.7**).

Tabella 6.7

Numero dei ricoveri e tasso grezzo di ospedalizzazione (per 1.000 residenti) per genere e classe d'età - Anno 2011

Genere e classe di età	Dh medico		Dh chirurgico	
	Ricoveri	Tasso di ospedalizzazione	Ricoveri	Tasso di ospedalizzazione
F:0-14	8.738	37,8	1.180	5,1
F:15-44	8.057	12,0	16.940	25,2
F:45-64	9.395	17,5	11.332	21,2
F:65-84	9.220	22,4	7.941	19,3
F:85+	690	7,5	1.084	11,8
M:0-14	10.634	43,2	2.858	11,6
M:15-44	6.023	8,8	7.937	11,6
M:45-64	8.369	16,5	9.092	17,9
M:65-84	10.868	33,2	8.691	26,5
M:85+	614	15,1	1.021	25,0
Totale	72.608	19,4	68.076	18,2

Le maggiori cause che interessano i ricoveri in regime di DH medico, secondo la macroclassificazione ICD9-CM, riguardano i codici V-Ricoveri di natura speciale con il 29%. Sotto questa voce vengono inclusi molteplici interventi e procedure prevalentemente di natura antineoplastica, come sessioni e sedute di chemioterapia, radioterapia ecc. Seguono, poi, malattie endocrine e del metabolismo e malattie del sistema nervoso. Non si rilevano significative differenze nella distribuzione per genere (**Tabella 6.8**).

Le principali cause per ricovero in DH chirurgico risultano, in generale, le malattie del sistema osteomuscolare, seguite dalle complicanze della gravidanza e del parto e dalle malattie dell'apparato digerente.

Analizzando la distribuzione per genere, per il 23% delle femmine le cause di ricovero in DH chirurgico riguardano le complicanze della gravidanza e del parto, seguite dal 17,7% per malattie dell'apparato genitourinario e dal 12% per malattie del sistema osteomuscolare. I maschi si ricoverano in DH chirurgico nel 22% dei casi per malattie dell'apparato digerente, nel 16,6% per malattie del sistema osteomuscolare e nel 10% circa per tumori (**Tabella 6.9**).

Tabella 6.8
Distribuzione percentuale e cumulata dei grandi gruppi di patologie secondo la classificazione ICD9-CM e genere, DH medico - Anno 2011

Classificazione ICD9-CM	Totale			Femmine			Maschi		
	N.	%	% cum.	N.	%	% cum.	N.	%	% cum.
Codici V - Ricoveri di natura speciale	21.087	29,0	29,0	10.884	30,1	30,1	10.203	27,9	27,9
Malattie endocrine, del metabolismo ed	6.894	9,5	38,5	3.958	11,0	41,1	2.936	8,0	36,0
Malattie del sistema nervoso	5.178	7,1	45,7	2.360	6,5	47,7	2.818	7,7	43,7
Malattie dell'apparato genitourinario	4.583	6,3	52,0	2.077	5,8	53,4	2.506	6,9	50,6
Tumori	4.522	6,2	58,2	1.992	5,5	58,9	2.530	6,9	57,5
Malattie del sistema circolatorio	4.281	5,9	64,1	1.434	4,0	62,9	2.847	7,8	65,3
Malattie del sistema osteomuscolare	4.054	5,6	69,7	2.614	7,2	70,1	1.440	3,9	69,2
Disturbi psichici	3.677	5,1	74,8	1.741	4,8	75,0	1.936	5,3	74,5
Malattie dell'apparato digerente	3.230	4,4	79,2	1.620	4,5	79,4	1.610	4,4	79,0
Malattie infettive e parassitarie	2.768	3,8	83,0	1.223	3,4	82,8	1.545	4,2	83,2
Malformazioni congenite	2.231	3,1	86,1	1.068	3,0	85,8	1.163	3,2	86,4
Sintomi, segni e stati morbosí mal def.	2.145	3,0	89,0	933	2,6	88,4	1.212	3,3	89,7
Malattie dell'apparato respiratorio	1.870	2,6	91,6	773	2,1	90,5	1.097	3,0	92,7
Traumatismi e avvelenamenti	1.755	2,4	94,0	729	2,0	92,5	1.026	2,8	95,5
Malattie della pelle e del sottocutaneo	1.559	2,1	96,2	755	2,1	94,6	804	2,2	97,7
Malattie del sangue e degli organi emop.	1.506	2,1	98,3	767	2,1	96,8	739	2,0	99,7
Complicanze della gravidanza, parto e puerp.	1.078	1,5	99,7	1.078	3,0	99,7	0	0,0	99,7
Condizioni morbose di origine perinatal.	103	0,1	99,9	49	0,1	99,9	54	0,1	99,9
Non specificato	87	0,1	100,0	45	0,1	100,0	42	0,1	100,0
Totale	72.608	100,0	-	36.100	100,0	-	36.508	100,0	-

Tabella 6.9
Distribuzione percentuale e cumulata dei grandi gruppi di patologie secondo la classificazione ICDIX-CM e genere, DH chirurgico
Anno 2011

Classificazione ICD9-CM	Totale			Femmine			Maschi		
	N	%	% cum.	N	%	% cum.	N	%	% cum.
Malattie del sistema osteomusc.	9.748	14,3	14,3	4.847	12,6	12,6	4.901	16,6	16,6
Complicanze della gravidanza, parto	8.842	13,0	27,3	8.842	23,0	35,6	0	0,0	35,6
Malattie dell'apparato digerente	8.810	12,9	40,2	2.123	5,5	41,1	6.687	22,6	41,1
Malattie dell'apparato genitourinario	8.578	12,6	52,9	6.722	17,5	58,6	1.856	6,3	58,6
Tumori	7.688	11,3	64,1	4.563	11,9	70,4	3.125	10,6	70,4
Malattie del sistema nervoso	6.271	9,2	73,4	3.291	8,6	79,0	2.980	10,1	79,0
Malattie del sistema circolatorio	5.606	8,2	81,6	3.013	7,8	86,8	2.593	8,8	86,8
Traumatismi e avvelenamenti	3.471	5,1	86,7	1.306	3,4	90,2	2.165	7,3	90,2
Malattie dell'apparato respiratorio	3.131	4,6	91,3	1.248	3,2	93,4	1.883	6,4	93,4
Codici V - Ricoveri di natura speciale	2.033	3,0	94,3	1.022	2,7	96,1	1.011	3,4	96,1
Malattie della pelle e del sottocutaneo	1.845	2,7	97,0	757	2,0	98,1	1.088	3,7	98,1
Malformazioni congenite	1.078	1,6	98,6	302	0,8	98,9	776	2,6	98,9
Malattie endocrine, del metabol.	388	0,6	99,1	139	0,4	99,2	249	0,8	99,2
Sintomi, segni e stati morbosì mal def.	301	0,4	99,6	146	0,4	99,6	155	0,5	99,6
Malattie infettive e parassitarie	220	0,3	99,9	123	0,3	99,9	97	0,3	99,9
Disturbi psichici	34	0,0	100,0	16	0,0	100,0	18	0,1	100,0
Malattie del sangue e degli organi emop.	31	0,0	100,0	17	0,0	100,0	14	0,0	100,0
Totali	68.075	100,0	-	38.477	100,0	-	29.598	100,0	-

Conclusioni

Il tasso di ospedalizzazione in regime ordinario aumenta con l'età nei due generi, ma con differenze importanti per quanto riguarda la distribuzione per classe di età:

1. nel genere femminile si ha un primo picco tra 15 e 44 anni, legato al parto e alle sue conseguenze;
2. nel genere maschile, il tasso dei ricoveri in regime ordinario per tutte le cause aumenta progressivamente e supera quello del genere femminile, eccetto che nella fascia di età 15-44 dove, per motivi legati al parto ed alle sue conseguenze, avviene il contrario. È soprattutto nella fascia di età sopra gli 85 anni che il tasso in regime ordinario è marcatamente superiore per i maschi di oltre il 33% (511,4 vs. 382,7/1.000);
3. il dato si mantiene anche per l'ospedalizzazione in DH.

Questo può voler dire che, strutturalmente, esiste una maggiore "fragilità" del genere maschile soprattutto nelle fasce di età più avanzate (+85), nelle quali si osserva un duplice fenomeno: come valore assoluto, il numero dei ricoveri è maggiore nelle donne, più rappresentate come popolazione in questa fascia di età, ma il tasso di ospedalizzazione è maggiore appunto negli uomini. Sarebbe interessante valutare anche i rischi relativi stratificando per genere, al fine di valutare la significatività in tutte le fasce di età.

Anche per quanto riguarda le cause di ospedalizzazione per grandi gruppi di patologie si nota, almeno per le prime 5 cause, una prevalenza della distribuzione percentuale di ricoveri nel genere maschile soprattutto per quanto riguarda le malattie del sistema respiratorio (in particolare Bronco-pneumopatia cronico-ostruttiva - BPCO) e del sistema circolatorio. In questo caso un rapporto tra la percentuale dei maschi e la percentuale delle femmine indica un eccesso di ospedalizzazione nei maschi superiore del 40%: questo potrebbe rappresentare presumibilmente un eccesso di rischio per tali patologie nel genere maschile. Nei tumori l'eccesso dei maschi è di circa l'11%. Resta il grosso limite di capire meglio che cosa sia incluso in questi grossi contenitori ICD-9-CM, soprattutto per quanto riguarda i tumori.

Interessante è invece l'inversione di tendenza per le malattie osteomuscolari in cui, sia pur per poco ($\approx 8\%$), il genere femminile supera quello maschile. Anche qui una maggiore caratterizzazione può avvenire col calcolo dei rischi relativi.

Per quanto riguarda i posti letto effettivamente utilizzati, il dato tra i generi mostra per entrambi una riduzione sovrapponibile per tutte le classi di età, con la sola eccezione per la classe ≥ 85 dove si osserva un incremento per entrambi i generi, ma anche in questo caso il genere maschile predomina di circa il 32%. Il concetto è il solito: i maschi sopravvivono meno, ma utilizzano più letti dopo gli 85 anni.

Per quanto riguarda il DH vi sono due considerazioni da fare: oltre gli 85 anni il dato è omogeneo rispetto a quello osservato per il regime ordinario, vale a dire che i

tassi sono nettamente superiori nei maschi. Però, tralasciando la classe 15-44 anni, che notoriamente comprende i problemi legati a gravidanza e sue complicanze, per le fasce 45-85 anni si nota una maggiore utilizzazione da parte del genere femminile soprattutto per quanto riguarda il DH chirurgico: il dato è interessante poiché potrebbe meglio render conto del carico di patologie legato alla menopausa.

Per quanto riguarda i grandi gruppi di patologie, per il DH medico i dati sono meno leggibili nell'ottica della differenza di genere: l'unico dato interessante è la prevalenza nel genere maschile dell'utilizzazione per patologie del sistema circolatorio e nel genere femminile per patologie del sistema osteomuscolare, un *leitmotiv*, quest'ultimo dato, per quanto riguarda il genere femminile.

Per il DH chirurgico, invece, si possono fare tre considerazioni:

1. le cause osteomuscolari prevalgono nei maschi, mostrando la preponderanza delle cause traumatiche nel maschio;
2. per l'apparato digerente vi è netta preponderanza nei maschi, presumibilmente per patologia erniaria;

al contrario, vi è netta preponderanza per la patologia genitourinaria nelle femmine.

Quindi, in conclusione:

- maschi più fragili in regime ordinario soprattutto nella fascia ≥ 85 ;
- femmine maggiori utilizzatrici in ordinario per patologia osteomuscolare, per il resto rimane una maggiore utilizzazione nel genere maschile;
- femmine maggiori utilizzatrici di DH medico e chirurgico nelle fasce intermedie, ma il dato forte è che nella fascia ≥ 85 i maschi sono molto più rappresentati, come nel regime ordinario;
- meno interpretabili i dati provenienti da ospedalizzazione in DH chirurgico.

6.3 Pronto soccorso e 118

Francesco Innocenti - ARS Toscana

Con il decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992 recante “Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza”, sono stati delineati i riferimenti normativi nazionali per la gestione del complesso sistema dell'emergenza sanitaria. In particolare, l'obiettivo è stato quello di definire le condizioni in grado di assicurare che l'attività fosse svolta uniformemente su tutto il territorio nazionale.

Il provvedimento ha definito un'organizzazione articolata su due livelli:

- un sistema di allarme sanitario, assicurato dalla Centrale operativa, cui fa riferimento il numero unico telefonico nazionale “118”;
- un sistema di accettazione e di emergenza sanitaria che prevede il servizio di Pronto soccorso e il Dipartimento di emergenza.

Questa, insieme ad altre disposizioni, sono confluite all'interno di un documento (Ministero della salute) in cui sono state riportate le linee di indirizzo nazionale che le Regioni hanno dovuto recepire per regolamentare l'attività di emergenza/urgenza nei propri territori.

La Regione Toscana ha istituito nel 2009 i due flussi di dati relativi al Pronto soccorso e al Sistema 118. I dati di Pronto soccorso sono affidabili per elaborazioni statistiche a partire dal 2010, mentre quelli del 118 presentano a tutt'oggi una qualità della compilazione ancora troppo bassa, sebbene siano utili per dimensionare il lavoro svolto dalle Centrali operative.

Da un punto di vista pratico, quando parte la chiamata al centralino del 118, il percorso di presa in carico dell'utente prevede la registrazione di alcune informazioni di base da parte dell'infermiere del call center, a cui segue l'assegnazione di un codice colore (relativo alla criticità presunta dell'episodio), la decisione se inviare o meno i mezzi di soccorso, l'eventuale invio dei mezzi e la successiva registrazione di altre informazioni utili a caratterizzare l'evento stesso.

Una volta che il paziente, tramite un mezzo del 118 o con mezzi propri, giunge all'ospedale, inizia il proprio percorso di cura all'interno dell'ospedale. In questo ambito è prevista la registrazione di molte informazioni inerenti l'accettazione, il triage e la dimissione (codice colore, diagnosi principale e secondaria, dinamica del trauma ecc.).

In base ai dati del 118, nel 2012 in Toscana sono state registrate 741.163 chiamate (segnalazioni). La tipologia di chiamata è stata nel 55,9% dei casi una “richiesta di soccorso”, nel 7,9% una “informazione all'utenza” e nell’11,4% relativa alla “continuità assistenziale”, in occasione della quale viene richiesto un parere o un intervento della Guardia medica. Per quanto riguarda invece gli interventi attivati, nel 58,1% dei casi viene “attivata una missione attraverso l'invio di mezzi di soccorso”, nel 21,7% viene richiesto un “consiglio clinico”, mentre nel 12,5% dei casi viene richiesta una “attivazione di continuità assistenziale” (Guardia medica).

Solo il 59% delle richieste di soccorso, corrispondenti a 242.823 casi, ha visto coinvolta almeno una persona, in particolare 205.958 maschi (47,2%) e 230.601 femmine (52,8%).

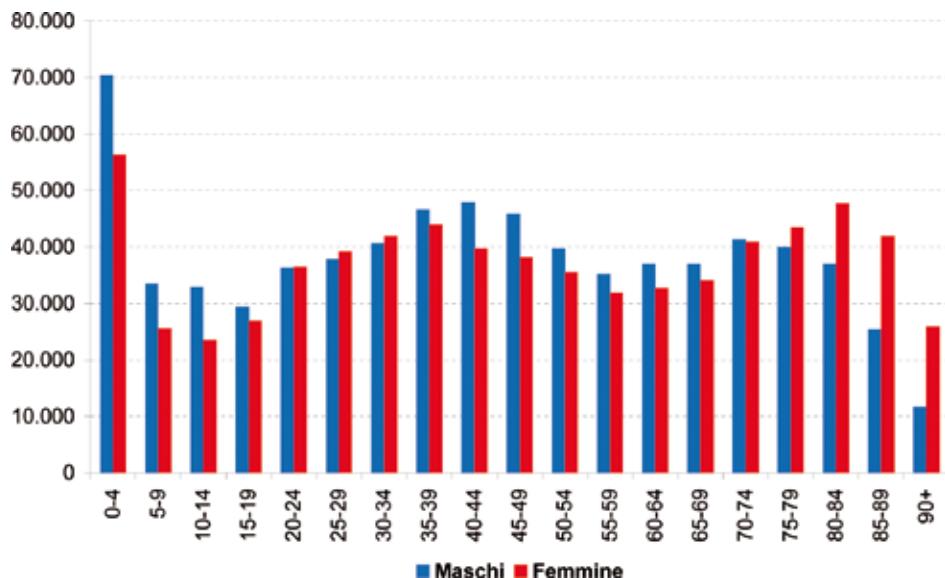
Come anticipato, per quanto riguarda il Pronto soccorso, in Toscana i dati sono affidabili per analisi statistiche a partire dal 2010; in quell'anno sono stati registrati 1.463.159 accessi, di cui 755.612 effettuati da maschi (51,6%) e 706.741 da femmine (48,4%). Nel 2011 la casistica è leggermente cresciuta ed ha raggiunto quota 1.466.539 accessi, mentre nel 2012 è stata osservata un'importante diminuzione che ha fatto

registrare un numero di accessi pari a 1.431.388: anche la quota maschi *vs* femmine si è modificata, riducendo la forbice esistente e attestandosi su un valore per i maschi di 50,7%. La percentuale di accesso rispetto alla popolazione residente è stata, in quest'ultimo anno, pari a circa il 39%.

La distribuzione per genere e classe di età degli accessi ai Pronto soccorso nel 2012 rivela che circa fino ai 74 anni compresi (ad eccezione delle età 20-34 anni, in cui si osserva una lieve predominanza delle donne) gli utenti di sesso maschile ricorrono più frequentemente alle cure delle strutture ospedaliere di primo aiuto, mentre dai 75 anni in poi le femmine presentano valori sempre nettamente superiori (**Figura 6.2**).

Figura 6.2

Numero di accessi ai Pronto soccorso della Toscana per genere e classe di età - Toscana, anno 2012 (Fonte: elaborazioni ARS su dati dei pronto soccorso)



L'analisi delle diagnosi per grande gruppo ICD9-CM⁸² (**Tabella 6.10**) mostra, come ovvio, una forte disomogeneità tra i due generi nella categoria "complicanze della gravidanza", per la quale tra l'altro risultano alcuni errori evidenti di compilazione, essendo stati registrati 714 casi che hanno coinvolto il genere maschile. Le altre categorie in cui le femmine presentano valori percentuali maggiori rispetto ai maschi si riferiscono a "malattie endocrine, della nutrizione, metabolismo e disturbi immunitari" (maschi: 0,6%, femmine: 0,8%), "malattie del sangue e degli organi emopoietici" (maschi:

⁸² International Classification of Diseases, 9th Revision – Clinical Modification (ICD9-CM – Classificazione internazionale delle malattie, IX Revisione – Modifica clinica).

0,6%, femmine: 0,8%), “Disturbi psichici” (maschi: 2,9%, femmine: 3,3%) e “malattie del sistema circolatorio” (maschi: 5,7%, femmine: 6,0%). Il gruppo in cui la forbice maschi/femmine è maggiore è invece quello dei “traumatismi ed avvelenamenti”, per il quale la differenza percentuale tra i due generi è pari a circa il 5,6% (maschi: 35,3% vs femmine: 29,7%).

Tabella 6.10

Numero di accessi ai pronto soccorso della Toscana per genere e grande gruppo ICD9-CM - Toscana, anno 2012 (Fonte: elaborazioni ARS su dati dei Pronto soccorso)

Grande gruppo ICD9-CM	Maschi		Femmine	
	N	%	N	%
Malattie infettive e parassitarie	9.893	1,6	9.452	1,5
Tumori	2.517	0,4	1.947	0,3
Malattie endocrine, della nutrizione, metabolismo e disturbi imm.	4.064	0,6	5.070	0,8
Malattie del sangue e degli organi emopoietici	3.568	0,6	4.838	0,8
Disturbi psichici	18.555	2,9	20.265	3,3
Malattie del sistema nervoso	55.326	8,7	53.178	8,6
Malattie del sistema circolatorio	36.089	5,7	37.331	6,0
Malattie dell'apparato respiratorio	40.534	6,4	35.930	5,8
Malattie dell'apparato digerente	29.176	4,6	28.545	4,6
Malattie dell'apparato genitourinario	15.799	2,5	20.259	3,3
Complicanze della gravidanza	714	0,1	16.720	2,7
Malattie della pelle e del sottocutaneo	13.895	2,2	13.801	2,2
Malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo	33.984	5,3	33.600	5,4
Malformazioni congenite	1.325	0,2	1.287	0,2
Condizioni morbose di origine perinatile	548	0,1	562	0,1
Sintomi, segni e stati morbosi maldefiniti	120.764	19,0	125.532	20,3
Traumatismi ed avvelenamenti	225.059	35,3	183.924	29,7
Codici V	25.370	4,0	27.349	4,4
Missing	88.125	--	85.885	--
TOTALE	725.305	100	705.475	100

Osservando la **Tabella 6.11**, dove sono riportati invece i valori relativi alle diagnosi più ricorrenti nei Pronto soccorso della Toscana, risulta evidente che il “dolore addominale di sede non specificata” è il codice in cui il dato relativo alle femmine è preponderante (maschi: 2,3%, femmine: 3,3%); altre cause in cui il divario vede un’importante prevalenza femminile sono la “cefalea” (maschi: 0,7%, femmine: 1,2%) e la “sincope e collasso” (maschi: 1,4%, femmine: 1,8%).

Le diagnosi in cui invece sono i maschi a presentare valori sensibilmente maggiori rispetto alle femmine sono la “ferita delle dita della mano senza menzione di complicazioni” (maschi: 1,5%, femmine: 0,8%), la “colica renale” (maschi: 1,8%, femmine: 1,2%) e il “dolore toracico non specificato” (maschi: 3,1%, femmine: 2,6%).

Tabella 6.11

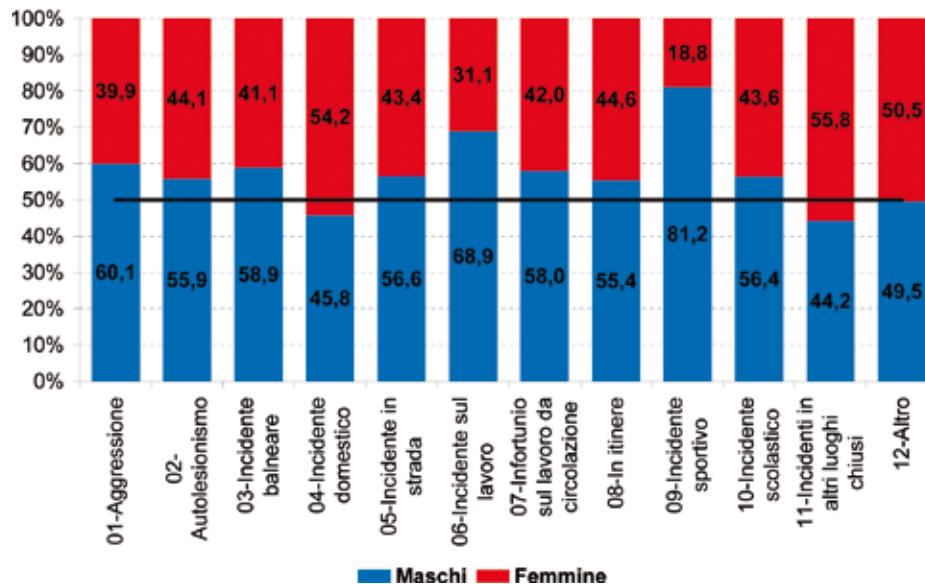
Numeri di accessi ai Pronto soccorso della Toscana per genere e diagnosi di dimissione più ricorrenti (codici ICD9-CM) - Toscana, anno 2012 (Fonte: elaborazioni ARS su dati dei pronto soccorso)

Codice	Descrizione	Maschi		Femmine	
		N	%	N	%
78650	Dolore toracico non specificato	19.620	3,1	16.409	2,6
78900	Dolore addominale di sede non specificata	14.603	2,3	20.537	3,3
8500	Concussione senza perdita di coscienza	13.110	2,1	12.137	2,0
9245	Contusione di parte non specificata dell'arto inferiore	12.083	1,9	11.569	1,9
7806	Febbre	10.889	1,7	9.498	1,5
7802	Sincope e collasso	8.837	1,4	10.932	1,8
7880	Colica renale	11.205	1,8	7.695	1,2
8470	Distorsione e distrazione del collo	8.343	1,3	8.524	1,4
7242	Lombalgia	8.308	1,3	7.665	1,2
9239	Contusione di parte non specificata dell'arto superiore	8.674	1,4	6.889	1,1
84500	Distorsione e distrazione di sito non specificato della caviglia	7.418	1,2	7.764	1,3
8830	Ferita delle dita della mano senza menzione di complicazioni	9.394	1,5	4.742	0,8
37200	Congiuntivite acuta, non specificata	6.974	1,1	6.100	1,0
7999	Altre cause sconosciute e non specificate di morbosità o mortalità	6.427	1,0	6.341	1,0
78099	Altri sintomi generali	6.132	1,0	6.379	1,0
462	Faringite acuta	6.419	1,0	5.704	0,9
7840	Cefalea	4.280	0,7	7.356	1,2
V679	Visita di controllo non specificata	5.959	0,9	5.355	0,9
42731	Fibrillazione atriale	5.202	0,8	5.552	0,9
33811	Dolore acuto da trauma	5.526	0,9	4.837	0,8

Quando l'accesso avviene in conseguenza di un trauma, solo le categorie degli “incidenti domestici” e degli “incidenti in altri luoghi chiusi” mostrano frequenze più alte per il genere femminile (**Figura 6.3**), mentre per tutti gli altri traumi il rapporto è invertito con picchi nelle categorie degli “incidenti sportivi” (81,2%) e degli “incidenti sul lavoro” (68,9%).

Figura 6.3

Numero di accessi ai Pronto soccorso della Toscana per genere e dinamica del trauma - Toscana, anno 2012 (Fonte: elaborazioni ARS su dati dei pronto soccorso)



Riassumendo, le principali differenze di genere nel ricorso ai servizi di emergenza-urgenza possono essere ricondotte, per quanto riguarda i Pronto soccorso della Toscana, ad una prevalenza di accessi da parte dei maschi appartenenti alle classi di età più giovani (0-14 anni) e, all'opposto, ad una prevalenza di accessi da parte delle femmine nelle età più avanzate (maggiori o uguali a 80 anni). Analizzando le cause di accesso, tra le diagnosi maggiormente ricorrenti è stato osservato come il “dolore addominale di sede non specificata” sia quella in cui le femmine sono preponderanti rispetto ai maschi, immediatamente seguita dalla “cefalea” e dalla “sincope e collasso” (sono state escluse da questa classifica alcune cause quali il “reperto accidentale di gravidanza” e la “metrorragia” che, pur rappresentando una quota importante della casistica, sono rappresentative esclusivamente dell'universo femminile). Le diagnosi in cui invece sono i maschi a presentare valori sensibilmente maggiori rispetto alle femmine sono, come detto, la “ferita delle dita della mano senza menzione di complicazioni”, la “colica renale” e il “dolore toracico non specificato”; insieme a queste, pur non rientrando tra le cause più frequenti, sono da segnalare il “corpo estraneo della cornea”, l’“ematuria”, il “traumatismo superficiale della cornea” e “altre ferite della faccia”.

In termini di esiti, infine, i pazienti che abbandonano il Pronto soccorso prima della visita medica oppure in corso di accertamenti sono, nel 2012, il 3,1% dei maschi e il 2,6% delle femmine, mentre si osserva un'inversione di prevalenza per quanto riguarda il “ricovero in reparto di degenza” che nel 12,9% dei casi si riferisce alla femmine e nell’11,9% dei casi, invece, ai maschi.

Bibliografia

- Ministero della Salute. Progetto Mattoni SSN. Pronto Soccorso e Sistema 118. Ricognizione della normativa, delle esperienze, delle sperimentazioni, relativamente a emergenza e 118, a livello regionale e nazionale.

6.4 Trapianti

Sara Bagatti - Azienda USL 4 di Prato, Organizzazione toscana trapianti
Adriano Peris - AOU Careggi, Organizzazione toscana trapianti

L'universo dei trapianti si divide in due grandi settori fra loro interdipendenti: la donazione e il *procurement*, che rappresenta l'insieme di azioni svolte per giungere alla donazione di organi e tessuti, e l'allocazione e il trapianto.

I processi che costituiscono ciascuna di queste parti sono di complessità elevata, avvengono in luoghi differenti del sistema sanitario, con risorse e progettualità diversificate; tutto, ovviamente, concorre a soddisfare la domanda di salute attinente al trapianto, ma una qualsiasi analisi dei bisogni e dei risultati, anche nell'ottica della *salute di genere*, non può sommare i due aspetti che andranno affrontati separatamente.

Bisogna dire subito, però, che questo argomento non è normalmente affrontato da un tale angolo di visuale; non ci sono report periodici disaggregati del Centro nazionale trapianti, né delle organizzazioni regionali, che affrontino la questione, così come non se ne trova traccia nei documenti diffusi da altri Enti nazionali europei. Il bisogno di un organo riguarda in Italia circa 9.000 pazienti considerati “terminali” al momento in cui vengono immessi nelle liste di attesa, e non è ipotizzabile né verificabile che l'accesso a queste ultime sia oggetto di differenza di genere.

Particolarmente interessante è stato perciò osservare i dati, dei quali non è possibile offrire una lettura statistica o analitica particolare, se non rilevare che riflettono, secondo il genere, l'epidemiologia dell'incidenza delle gravi patologie per un verso e l'aspettativa di vita media per un altro. Non è possibile altresì fornire confronti con i dati internazionali, perché sarebbe necessario avere accesso ai vari database nazionali dall'interno dei diversi sistemi.

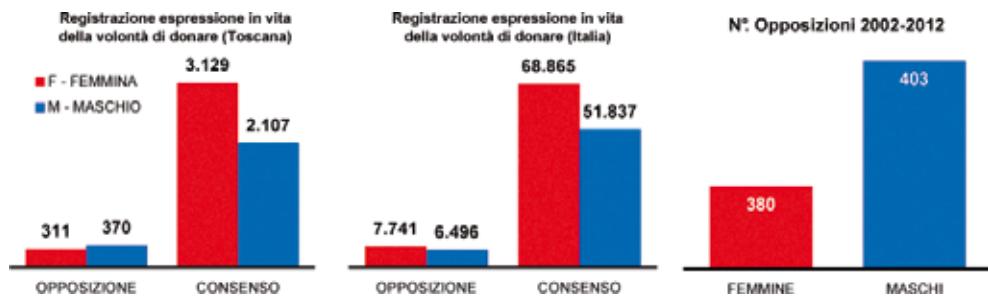
6.4.1 Donazione

Il *procurement* di organi e tessuti è regolato normativamente sul territorio italiano dalla legge 1 aprile 1999, n. 91. Da questo punto in poi della storia della sanità del nostro paese si cerca di strutturare un sistema che possa rispondere al bisogno di salute in questo settore con criteri di uniformità, trasparenza e sicurezza.

In quella occasione fu effettuata una campagna di sensibilizzazione capillare intitolata “Una scelta consapevole”, con la quale l'allora Ministero della sanità invitava la popolazione italiana ad esprimere in vita la propria volontà in merito alla donazione dei propri organi e tessuti dopo la morte. Il risultato è stato deludente. Solo poche persone, sulla totalità dei maggiorenni, hanno inviato le proprie volontà. A tutt'oggi si parla di poco meno di 140.000 persone in tutta Italia. Ma come si vede dalla **Figura 6.4**, sebbene si parli di un numero esiguo di persone, le donne sono assolutamente prevalenti, soprattutto rispetto alla disponibilità alla donazione in senso positivo. Il dato è in accordo con la tendenza nazionale e, almeno a livello regionale, è speculare a quello che accade per le opposizioni. In realtà, a dire no alla donazione sono più gli uomini che le donne.

Si vuole sottolineare che questo è un modo assolutamente nuovo di guardare alla donazione, ma così a prima vista si può ragionevolmente argomentare che la donazione e la maternità siano esperienze emotive fortemente collegate. Sarebbe interessante approfondire se lo stesso atteggiamento si riscontri in modo comparabile sia nel campo della donazione di organi che di tessuti, scorporando il dato, e verificare inoltre quanto il fenomeno possa essere influenzato dalle diverse realtà culturali regionali. È ragionevole pensare, però, che davanti allo scenario della perdita e del lutto, le donne reagiscono con più facilità nel senso di favorire la rinascita di una nuova vita, essendo da millenni meno statiche nel rinnovare gli scenari familiari. Nei colloqui con i familiari, quando si arriva alla proposta di donazione, almeno facendo tesoro delle esperienze di tanti coordinatori locali, è più facile osservare come le donne si schierino per la prosecuzione della vita, apparendo invece gli uomini, in questo contesto, più *paralizzati* dalla perdita, meno capaci di immaginarsi in nuove realtà e quindi meno disponibili rapidamente a distaccarsi dal corpo del proprio caro.

Figura 6.4
Espressione volontà in vita. Numero totale opposizioni in Toscana (2002-2012)



6.4.2 Trapianto

Completamente diverso è lo scenario del trapianto. In questo ambito si parla, almeno per gli organi, della ricerca di una soluzione a patologie terminali che porterebbero a morte il paziente.

La segnalazione di casi di morte encefalica è, anche se di poco, più frequente nei maschi che nelle femmine, sia a livello regionale che nazionale.

La causa prevalente è quella di origine vascolare spontanea, con una età media elevata; in questo contesto di morbidità le donne muoiono più degli uomini probabilmente perché sono più longeve.

La seconda causa, cioè il trauma cranico, vede più numerosi i maschi che, soprattutto per motivi lavorativi, sono esposti al trauma in età più giovanile.

Il donatore tipo, adesso, non è più un uomo giovane ferito drammaticamente alla guida o a lavoro, ma una donna, spesso anziana e ipertesa.

Nella valutazione degli organi offerti per il trapianto pesa anche l'analisi del rischio di patologie che possano arrecare danni ai riceventi. Il Centro regionale di allocazione organi e tessuti attribuisce ad ogni organo un livello di rischio che serve per la migliore attribuzione possibile.

La distribuzione del rischio non è influenzata da questioni di genere, come si vede dalla **Figura 6.5**. A prevalenza maschile è invece la presenza in lista di attesa, il decesso in lista di attesa e la percentuale di coloro che finalmente accedono al trapianto (**Figura 6.6**).

Figura 6.5
Distribuzione segnalazioni per tipologia di rischio

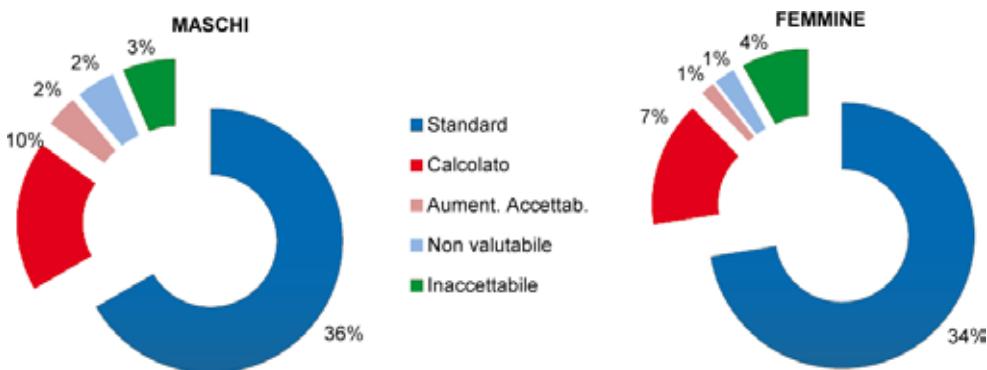


Figura 6.6
Distribuzione lista di attesa in Toscana 2002 – 2012



Sembra di poter concludere, almeno con i primi dati a nostra disposizione orientati verso un approccio *di genere*, che almeno nel nostro contesto sociale le donne sono più inclini al consenso alla donazione, che seppur di poco sono maggiormente oggetto di prelievo perché genericamente più sane e più longeve, e che di conseguenza gli uomini beneficiano di più del trapianto. Il dato regionale è in linea con quello nazionale.

Sarebbe infine estremamente interessante proseguire questa ricerca, a livello regionale, cercando di documentare in modo più puntuale l'apporto della componente femminile nel consenso alla donazione, mentre sarebbe necessario comprendere l'entità del fenomeno a livello nazionale con l'obiettivo di intervenire nelle varie Regioni, dato che il *procurement* e il trapianto richiedono un notevole grado di efficienza ed efficacia del servizio sanitario, dalla capillarità dell'intervento dell'emergenza territoriale al numero dei posti letto delle terapie intensive, alla disponibilità dei collegi di accertamento della morte, a quella delle sale operatorie.

6.5 Uso di farmaci

Francesco Lapi, Simone Bartolacci – ARS Toscana
Flavia Franconi - Università degli Studi di Sassari

Le evidenze di una più alta aspettativa di vita per le donne rispetto agli uomini sono ad oggi ampiamente consolidate. Tuttavia, ciò non implica una migliore qualità della vita stessa: le donne, infatti, affrontano un maggior carico di malattie (*women paradox*) e quindi, generalmente, assumono più farmaci. Inoltre, le donne e gli uomini possono avere una differente risposta terapeutica a causa delle loro differenze biologiche (sessuale) e socioculturali e ambientali, per i quali è appropriato parlare di differenze di “genere”.

È poi da sottolineare come il reclutamento delle donne nei trial clinici di fase 1, 2, 3 sia stato scarso fino ai primi anni del terzo millennio. Oggi si osserva un aumento nell’arruolamento delle donne specialmente in fase 3, ma le donne sono scarsamente presenti nelle fasi 1 e 2 (Pinnow et al., 2009). Ciò appariva erroneamente giustificato da forti assunzioni di analogia tra la biologia maschile e quella femminile, dalla ciclicità ormonale della donna che poteva distorcere i risultati di una sperimentazione, nonché da ragioni etiche dovute al potenziale danno fetale, oltre che da ragioni economiche (Franconi et al., 2007; Ding et al., 2007).

Ad oggi, lo studio della farmacologia di genere ha permesso di evidenziare alcune specifiche problematiche legate al sesso del paziente nella risposta a determinate terapie farmacologiche. In generale possiamo affermare che il determinante sesso-genere

influenza tutti i parametri farmacocinetici (Franconi et al, 2007). In particolare, il metabolismo dei farmaci è sessualmente dimorfico per quanto riguarda gli enzimi di fase 1 e 2. Ad esempio, l'attività della CYP3A4, che metabolizza circa il 50% dei farmaci, è maggiore nel sesso femminile e sembra essere modulata dagli estrogeni e dai progestinici, mentre la CYP2D6, che metabolizza alcuni beta-bloccanti e antidepressivi, è più espressa nell'uomo (Franconi et al, 2007).

Molte donne, durante l'arco della loro vita, sono trattate con associazioni estroprogestiniche, per cui diventa indispensabile conoscere le interazioni tra queste associazioni e gli altri medicinali. A titolo di esempio, numerosi sono gli antiepilettici che inducono il metabolismo delle associazioni estroprogestiniche sì da ridurne sensibilmente l'efficacia terapeutica o l'effetto anticoncezionale (Gorski et al., 2003).

Le reazioni avverse sono più frequenti e più gravi nella donna (Franconi et al, 2007). Tra le reazioni avverse a farmaci gravi, seppur rare, rientrano le *torsades de point*/aritmia ventricolare, le quali identificano le donne come soggetti particolarmente suscettibili. I farmaci responsabili di questi effetti collaterali comprendono molecole anche di largo consumo, quali gli antiaritmici, gli antibiotici, gli antistaminici, gli antipsicotici, gli antifungini azolici ed altri medicinali) (Anderson et al., 2005; Kurokawa et al., 2012).

Sia la predisposizione all'insorgenza di reazioni avverse ai farmaci sia altre variabili legate al genere, quali il maggiore impegno della donna come *caregiver*, le difficoltà economiche più frequenti e la difficile gestione da parte del paziente di sesso femminile a seguire dei regimi terapeutici più complessi rispetto al maschio (associazioni con terapie ormonali e/o maggiore frequenza di più patologie concomitanti), può senz'altro gravare sull'appropriatezza d'uso dei farmaci. In tale contesto, una ridotta aderenza ai trattamenti farmacologici a lungo termine potrebbe essere causa di un'inefficacia della terapia con un conseguente aumento della disabilità, dei ricoveri e dei costi assistenziali. A titolo di esempio, le fratture osteoporotiche, la cui incidenza è 4 volte superiore nello donne rispetto agli uomini, possono essere prevenute soltanto attraverso il mantenimento dell'aderenza (almeno l'80% dei giorni coperti del proprio follow-up) alla terapia antiosteoporotica (Rolnick et al., 2013).

In campo epidemiologico, e in particolare con l'impiego dei database amministrativi, le problematiche relative a farmaci e sesso del paziente appena descritte, possono essere quantificate, sì da fornire un quadro di appropriatezza o inappropriatezza sull'uso dei farmaci nella donna e di quest'ultima rispetto all'uomo. Per quanto concerne il "genere", è più complesso lo studio delle problematiche ad esso correlate tramite l'impiego dei flussi correnti proprio per le caratteristiche dei flussi medesimi che, generalmente, non contengono informazioni specifiche sullo stato sociale o sul reddito dei pazienti. In questo capitolo vengono forniti e discussi alcuni degli esempi cardine della tematica "farmaci, sesso e genere" con l'obiettivo di sottolineare quanto questo tema sia tuttora attuale e necessiti ancora di sforzi sia nell'ambito della ricerca che in quello clinico e di salute pubblica.

I dati sulle patologie sono individuati tramite i flussi dei ricoveri codificati tramite il sistema ICD9CM (elaborazioni ARS su dati Schede di dimissione ospedaliera) registrati dalle Aziende ospedaliero-universitarie o negli ospedali territoriali. I dati sulla prescrizione farmaceutica territoriale (elaborazioni ARS su dati Specialistica farmaceutica) si riferiscono al consumo e alla prevalenza d'uso dei farmaci sottoposti a rimborso da parte del Sistema sanitario nazionale in Toscana. Tutte le analisi sono state condotte per l'anno 2012 come periodo di riferimento.

Come principali criteri di analisi sono stati utilizzati: a) la prevalenza d'uso e il consumo di farmaci, ossia il numero di pazienti che hanno ricevuto almeno una prescrizione di un farmaco o il numero complessivo delle dosi definite/die (DDD) [numeratori], rispetto alla popolazione residente [denominatore]; la prevalenza d'uso può essere impiegata anche per valutare il numero di pazienti che hanno ricevuto almeno una prescrizione di una specifica classe terapeutica (es.: farmaci con potenziale rischio aritmogenico) [numeratore], sul totale dei pazienti identificati in base a determinate diagnosi di malattia [denominatore]; b) l'aderenza al trattamento, ossia il numero di soggetti con almeno l'80% dei giorni coperti (la definizione più frequentemente utilizzata in letteratura) del potenziale periodo di trattamento [numeratore], sul totale dei pazienti con almeno una prescrizione di farmaco appartenente ad una specifica categoria terapeutica [denominatore].

Considerando lo specifico contesto delle patologie, il denominatore viene determinato a partire dai casi diagnosticati fino al giorno precedente all'anno di osservazione (es.: 31 dicembre 2011 se l'anno di osservazione è il 2012). Gli indicatori calcolati sono quindi stati i seguenti:

Indicatore 1 (Farmacoutilizzazione)

Definizione:

Consumo di farmaci = numero complessivo DDD (numeratore) nella popolazione residente (per 1.000; denominatore), nell'anno 2012

Prevalenza d'uso di farmaci = soggetti con almeno una prescrizione di farmaco (numeratore) nella popolazione residente (denominatore), nell'anno 2012

Polifarmacoterapia = soggetti con 5 (identificati tramite ATC) o più farmaci prescritti (numeratore) nella popolazione residente (denominatore), nell'anno 2012

Indicatore 2 (Inappropriatezza prescrittiva)

Definizione:

Soggetti di età superiore ai 18 anni con diagnosi in posizione primaria o secondaria di aritmia ventricolare tra il 1 gennaio 2009 al 31 dicembre 2011 (denominatore) che, nel corso del 2012, presentano una prescrizione di farmaco potenzialmente aritmogenico (NB.: si escludono i farmaci antiaritmici utilizzati per il trattamento dell'aritmia ventricolare stessa) (numeratore).

Indicatore 3 (Modalità d'uso dei farmaci)

Definizione:

Soggetti di età superiore ai 45 anni con una prescrizione di antiipertensivi, antiosteoporotici e ipolipidemizzanti a gennaio 2012 e con almeno un anno di follow-up (denominatori), che riportano l'impegno di almeno 290 DDD/anno per antiipertensivi ed antiosteoporotici (numeratori) o almeno 290 unità posologiche/anno per gli ipolipidemizzanti.

L'analisi del consumo dei farmaci in Toscana, qualora analizzata per genere, mostra valori sia di prevalenza d'uso sia di consumo superiori nella donna rispetto all'uomo. Nello specifico, 1.508.318 donne (79%) residenti in Toscana riceve almeno una prescrizione di farmaco nel 2012. Gli uomini con almeno una prescrizione sono invece 1.224.955 (70%). Per quanto concerne i consumi, sono 727.977.667 le DDD complessive di farmaci dispensate alle donne, corrispondenti a 1.045 DDD/1.000 abitanti/die, rispetto alle 639.991.229, corrispondenti a 997 DDD/1.000 abitanti/die che sono dispensate agli uomini. In linea con questi risultati, in Toscana, tra i soggetti di sesso femminile, il 29,2% ha 5 o più ATC prescritti nel 2012, contro il 22,4% degli uomini. È da tenere presente che questi risultati potrebbero essere, almeno in parte, sovrastimati, perché il numeratore potrebbe includere l'uso di farmaci in soggetti non residenti in Toscana (es.: extracomunitari).

In **Tabella 6.12** sono riportati i valori di prevalenza d'uso dei farmaci potenzialmente aritmogenici nella popolazione con anamnesi positiva di aritmia ventricolare. Questo indicatore rappresenta un criterio di inappropriatezza d'uso di questi farmaci, dato che il loro uso risulterebbe controindicato nei soggetti a rischio di aritmia cardiaca. Complessivamente, gli uomini presentano proporzioni più elevate di impiego di farmaci potenzialmente aritmogenici rispetto alle donne (6,6 vs 5,3%). Tuttavia, quando l'analisi è stratificata per fasce d'età, le donne al di sotto dei 60 anni risultano più esposte all'uso di farmaci a potenziale aritmogenico. In particolare per i soggetti di 28-37 anni, le donne con anamnesi positiva di aritmia usano farmaci aritmogenici nel 24,3% dei casi, mentre gli uomini nel 9,6%.

Per quanto concerne l'analisi dell'aderenza alle terapie croniche di ipertensione/scompenso cardiaco, iperlipidemie e osteoporosi, si osservano livelli minori di aderenza nel sesso femminile rispetto a quello maschile (rispettivamente 63,8% vs 68,7% e 24,1% vs 35,2%), ad eccezione della terapia antiosteoporotica (37,0% vs. 29,2%). Non si osservano differenze sostanziali nelle specifiche fasce d'età tra i due sessi (**Tabella 6.13**).

Tabella 6.12

Soggetti con anamnesi positiva di aritmia ventricolare esposti a farmaci a potenziale aritmogenico

Fascia d'età	Femmine N (%)	Maschi N (%)
18-27	2 (5)	5 (6,2)
28-37	17 (24,3)	12 (9,6)
38-47	16 (10,8)	26 (9,7)
48-57	18 (8,9)	35 (7,4)
58-67	38 (9,4)	81 (8)
68-77	58 (6,9)	162 (9,6)
78+	80 (3)	84 (3,4)
Toscana	229 (5,3)	405 (6,6)

Tabella 6.13

Soggetti aderenti al trattamento con anti-ipertensivi, antiosteoporotici, ipolipidemizzanti

Fascia d'età	Antiipertensivi		Antiosteoporotici		Ipolipidemizzanti	
	Femmine N (%)	Maschi N (%)	Femmine N (%)	Maschi N (%)	Femmine N (%)	Maschi N (%)
45-54	24.063 (47,3)	33.414 (60,6)	580 (28,1)	75 (27,7)	2.255 (20,6)	6.062 (30,9)
55-64	56.704 (60,4)	66.342 (69,0)	2.884 (34,7)	219 (33,8)	8.055 (23,4)	15.347 (37,2)
65-74	96.032 (68,2)	90.191 (72,6)	6.316 (38,4)	402 (30,9)	15.108 (24,9)	21.699 (36,8)
75+	146.968 (66,3)	90.720 (68,2)	9.245 (37,5)	671 (27,2)	16.654 (24,4)	16.860 (33,4)
Toscana	323.785 (63,8)	280.667 (68,7)	19.025 (37,0)	1.367 (29,2)	42.072 (24,1)	59.998 (35,2)

Gli indicatori presentati in questo capitolo, nonostante alcune limitazioni metodologiche che possono influenzarne la quantificazione, come ad esempio la sottostima dei soggetti con aritmia ventricolare, data l'assenza di ospedalizzazione per l'elevato tasso di mortalità, offrono numerosi spunti di riflessione in ambito farmacologico, clinico e di salute pubblica.

Come atteso dai rapporti d'uso dei farmaci nazionali e internazionali (Osservatorio sull'impiego dei medicinali – OsMed - 2011), anche in Toscana le donne presentano valori di prevalenza d'uso e consumo di farmaci maggiori rispetto agli uomini. Ciò è riconducibile sia ad un maggiore impatto di alcune patologie nella donna (es.: patologie reumatiche) sia alla loro maggiore aspettativa di vita. Un maggiore impiego di farmaci aumenta il rischio di interazioni farmacologiche e *Adverse Drug Reactions* (ADR –

reazioni avverse al farmaco), le quali sono di per sé più frequenti nel genere femminile anche per ragioni biologiche e sociali.

In Toscana, il maggiore utilizzo di farmaci aritmogenici nei maschi a rischio di aritmia ventricolare rispetto alle femmine sembra indicare una certa attenzione all'uso di questi farmaci nella donna, dato il maggior rischio di allungamento del QT riscontrato nel sesso femminile. Tuttavia, in alcune fasce d'età, in particolare quelle che includono i più giovani (28-37 anni), dove la gravità delle malattie cardiache è di elevato impatto, la proporzione di donne esposte a farmaci aritmogenici è sensibilmente superiore rispetto agli uomini. Inoltre, l'esposizione ai farmaci aritmogenici deve essere inquadrata in base all'utilizzo maggiore di farmaci nelle donne, risultando quindi a maggior rischio di interazioni pericolose farmaco-farmaco (Draci et al., 2001; Kurokawa et al., 2012).

Una delle ragioni che porta a livelli minori di aderenza ai trattamenti cronici è senza dubbio l'insorgenza di ADR. Di nuovo, la loro maggiore frequenza nel sesso femminile potrebbe, almeno in parte, spiegare i livelli di minor aderenza ai trattamenti antiipertensivo ed ipolipidemizzante, nonostante le proporzioni d'uso dei farmaci, trattandosi di utilizzatori prevalenti (già in trattamento con questi farmaci prima del 2012) risulti bassa anche nel sesso maschile (Rolnick et al., 2013). Un altro fattore importante per l'aderenza è l'età e nella popolazione anziana prevalgono le donne, il che potrebbe in parte spiegare la minore aderenza delle donne alla terapia antipertensiva (Mazzaglia et al., 2009).

Non sorprende, seppure la proporzione di soggetti aderenti resti comunque bassa anche nelle donne (37%), che il trattamento antiosteoporotico mostri maggiore aderenza nel sesso femminile, dato il suo noto impatto clinico nel periodo postmenopausale. Altre cause di non aderenza nella donna, assieme all'assenza di sintomi della malattia o alla presenza di politerapie, che possono comunque affliggere anche l'uomo, vi è l'impegno importante delle donne nel ruolo di *caregiver* che, dedicandosi ai propri familiari anziani, possono essere meno attente alla propria terapia.

Tutte queste valutazioni, sebbene non completamente esaurienti, dimostrano come, anche in Toscana, vi sia la necessità di intervenire sul trattamento di determinate patologie, in particolare per il genere femminile, progettando specifici percorsi diagnostico-terapeutici di genere, perché anche in Toscana, come nel resto del mondo, le donne vanno più frequentemente incontro a reazioni avverse che, fra l'altro, presentano anche una maggiore gravità (Ferioli et al., 2013).

Bibliografia

- Ding EL, Powe NR, Manson JE, Sherber NS, Braunstein JB (2007). Sex differences in perceived risks, distrust, and willingness to participate in clinical trials: a randomized study of cardiovascular prevention trials. *Arch Intern Med*; 167(9):905-912.
- Drici MD, Clément N (2001). Is gender a risk factor for adverse drug reactions? The example of drug-induced long QT syndrome. *Drug Saf*; 24(8):575-585.
- Ferioli B, Righi F, Franconi F, Giorni (2013). L A gender pharmacovigilance study in Tuscany Region. 36° Congresso Nazionale della Società Italiana di Farmacologia. Torino, 23-26 ottobre.
- Franconi F, Brunelleschi S, Steardo L, Cuomo V (2007). Gender differences in drug responses. *Pharmacol Res*; Feb;55 (2):81-95.
- Gorski JC, Vannaprasaht S, Hamman MA, Ambrosius WT, Bruce MA, Haehner-Daniels B, Hall SD (2003). The effect of age, sex, and rifampin administration on intestinal and hepatic cytochrome P450 3A activity. *Clin Pharmacol Ther*; 74(3):275-287.
- Kurokawa J, Kodama M, Furukawa T, Clancy CE (2012). Sex and gender aspects in antiarrhythmic therapy. *Handb Exp Pharmacol*; (214):237-263.
- Mazzaglia G, Ambrosioni E, Alacqua M, Filippi A, Sessa E, Immordino V, et al. (2009). Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. *Circulation* 120: 1598-1605.
- Pinnow E, Sharma P, Parekh A, Gevorkian N, Uhl K (2009). Increasing participation of women in early phase clinical trials approved by the FDA. *Womens Health Issues* 19: 89-93.
- Rapporto sull'uso dei farmaci in Italia. OsMed 2011.
- Rolnick SJ, Pawloski PA, Hedblom BD, Asche SE, Bruzek RJ (2013). Patient characteristics associated with medication adherence. *Clin Med Res*; 11(2):54-65.

6.6 Medicine complementari

Sonia Baccetti, Mariella Di Stefano, Elio Rossi, Paolo Fedi - Rete toscana di medicina integrata

Le medicine complementari in Italia sono utilizzate da circa il 20% della popolazione. In Toscana, secondo un'indagine dell'Agenzia regionale di sanità condotta nel 2009 (Da Frè M e Voller F, 2011), un cittadino su cinque conosce queste medicine e il 13,4% ne ha utilizzato almeno una: il 3,6% l'agopuntura, l'1,8% la fitoterapia, il 7,9% l'omeopatia e il 2,7% la medicina manuale. Tutte le statistiche regionali, nazionali e internazionali indicano che la maggioranza dei pazienti che si rivolge alle medicine complementari è di genere femminile.

Un recente lavoro internazionale (Frass M et al., 2012) che esamina il ricorso alle terapie complementari in Austria, Svizzera, Germania, Danimarca, Italia, Gran Bretagna, Canada, USA, Australia e Corea del Sud riporta che circa il 32,2% delle persone sceglie di curarsi con queste terapie con una variabilità che va dal 5% al 74,8%. In alcuni casi sono riportate percentuali diverse per lo stesso paese. Anche Frass et al. riferiscono che la maggioranza dei pazienti che si curano con la medicina complementare sono donne di mezza età con un buon livello d'istruzione.

Secondo l'indagine Multiscopo dell'ISTAT del 2005, "in Italia le donne che fanno utilizzo di queste medicine sono 4,7 milioni, pari al 15,8% della popolazione, a fronte di 3,162 milioni di uomini, pari all'11,2%".

Sempre secondo questo studio, "se si considera la fascia di età tra i 35 e i 44 anni, più del 20% delle donne risulta aver fatto ricorso a rimedi non convenzionali contro il 14,6% dei coetanei uomini". Analizzando nel dettaglio i singoli trattamenti, emergono differenze di genere soprattutto per ciò che riguarda il ricorso all'omeopatia (8,8% delle donne contro 5,1% degli uomini) e alla fitoterapia (4,8% contro 2,6%), mentre sono meno accentuate le differenze nel caso dell'agopuntura (2,2% contro 1,5%) e dei trattamenti manuali (7,1% contro 5,7%). I trattamenti omeopatici, così come la fitoterapia e i trattamenti manuali, vengono scelti in prevalenza da donne di 25-54 anni. L'agopuntura è, invece, più diffusa tra le persone anziane, che vi fanno spesso ricorso per alleviare dolori e patologie muscolo-scheletriche. Sono proprio le donne, soprattutto le più giovani, a ritenere utili le terapie non convenzionali (51% contro il 46,4% degli uomini).

La precedente indagine Multiscopo ISTAT (ISTAT, 2001) riportava, invece, queste percentuali di utilizzo di medicine non convenzionali in Italia: 18,2% di donne e 12,9% di uomini. Per quanto riguarda le differenze di genere relativamente all'uso dei singoli rimedi considerati, si riscontrava una netta differenza per l'omeopatia, utilizzata dal 10,1% delle donne rispetto al 6,1% degli uomini e per la fitoterapia, con il 5,9% delle

donne e il 3,7% degli uomini. Per l'agopuntura e per i trattamenti manuali, invece, le percentuali d'uso risultavano rispettivamente pari al 3,3% delle donne contro il 2,3% degli uomini e pari al 7,7% delle donne contro il 6,3% degli uomini.

La situazione in Toscana

Secondo la citata ricerca realizzata dall'ARS nel 2009, la percentuale di coloro che utilizzano le medicine complementari (agopuntura, omeopatia e fitoterapia) non presenta in generale differenze significative tra maschi e femmine ed è leggermente più elevata per le prime (12,1%) rispetto ai secondi (10,9%). Fa eccezione l'erboristeria, dove la differenza è invece molto marcata: i prodotti erboristici sono usati, infatti, dal 26,7% delle donne e dal 16,5% degli uomini.

Altre informazioni interessanti circa la differenza di genere nella preferenza accordata alle medicine complementari si possono ricavare da un'attenta lettura del flusso della specialistica ambulatoriale (SPA) in Regione.

Nel 2010, ad esempio, hanno fatto ricorso a questa tipologia di trattamenti (che in Toscana sono inclusi nei Livelli essenziali di assistenza) 21.582 pazienti di genere femminile contro 8.378 pazienti maschi (72,0% e 28,0% rispettivamente). Per il genere femminile, inoltre, la fascia di età che accede più spesso a questa tipologia di servizi è quella di 45-54 anni (20,6%), seguita dalle donne di età compresa fra i 55 e i 64 anni (19,9%), al pari delle donne di 65-74 anni, (19,8%) e, infine, da quelle fra i 75 e gli 84 anni con il 12,3% (**Tabella 6.14**). In via generale, le donne sono distribuite nelle diverse fasce di età, mentre i maschi si rivolgono ai servizi di medicina complementare soprattutto dopo i 65 anni. Questo dato conferma quanto è stato definito a livello nazionale e internazionale, vale a dire che è presente un interesse più diffuso verso queste medicine nel genere femminile.

Tabella 6.14
Distribuzione per età delle prestazioni ambulatoriali di medicina complementare erogate alla popolazione femminile (Fonte: flusso SPA - Anno 2010)

Classi di età	%
0-14	1,8%
15-24	2,1%
25-34	6,5%
35-44	14,9%
45-54	20,6%
55-64	19,9%
65-74	19,8%
75-84	12,3%
85 o più	2,0%

A completare questa sintetica panoramica si riportano i dati del Centro Fior di prugna di Campi Bisenzio (FI), Centro di riferimento regionale per le medicine complementari e la medicina tradizionale cinese (MTC) (Baccetti S et al., 2012).

Nella struttura, dal 2008 al 2011, sono stati visitati (nell'ambulatorio di MTC) 2.466 pazienti adulti, dei quali 633 di genere maschile (25,7%) e 1.833 di genere femminile (74,3%), per un totale di 18.286 trattamenti. L'età media delle donne afferenti alla struttura è stata di 56,1 anni, con una età massima di 90 anni; il 25,0% di esse aveva una età compresa tra i 55 e i 64 anni, il 23,4% tra i 45 e i 54, il 20,9% tra i 65 e i 74 anni e il 9,10% aveva 75 anni o più.

Il 23,5% degli uomini aveva un'età compresa tra i 65 e i 74 anni, il 21,9% tra i 55 e i 64 anni, e il 15,7% un'età compresa tra i 45 e i 54 anni.

In accordo con un'età media degli utenti piuttosto elevata e più elevata per i maschi rispetto alle femmine, si rileva che una quota importante dei pazienti del Centro sono pensionati (43,6% degli uomini e 31,6% delle donne) (**Tabella 6.15**). Una percentuale più alta di donne rispetto agli uomini è impiegata (22,0% vs 13,9% rispettivamente), mentre non vi sono differenze negli addetti ai servizi (19,8% vs 18,0%). L'11,7% delle utenti è casalinga.

Tabella 6.15
Distribuzione della professione per genere degli utenti del Centro Fior di prugna Anni 2008-2011

Professione	Maschi		Femmine	
	N	%	N	%
non rilevato	8	1,3	32	1,7
disoccupati	16	2,5	48	2,6
artigiani	18	2,8	25	1,4
commercianti	24	3,8	67	3,7
studenti	16	2,5	42	2,3
dirigenti	31	4,9	30	1,6
casalinghe	0	0,0	214	11,7
operai	43	6,8	34	1,9
servizi	114	18,0	361	19,7
impiegati	88	13,9	403	22,0
pensionati	277	43,6	579	31,6
Totale	635	100,0	1835	100,0

Le pazienti che fanno ricorso alla MTC del Centro Fior di prugna sembrano avere un'età maggiore rispetto al dato toscano, in accordo con i dati di letteratura, secondo i quali chi utilizza l'agopuntura e la MTC ha una maggiore età. In ogni caso, sia al Fior di prugna sia in Toscana, gli utenti sono più anziani e hanno un livello socio-economico più basso rispetto a quanto riportato in letteratura. Questo dato è probabilmente legato a un più equo accesso ai trattamenti, poiché in Toscana le medicine complementari sono incluse nel servizio sanitario e i costi delle visite sono più accessibili rispetto al settore privato.

È noto che non solo le caratteristiche biologiche ma anche quelle socio-culturali che differenziano i generi influenzano lo stato di salute di uomini e donne. Di conseguenza l'individuo maschile non può più essere unico riferimento per la ricerca medica e la pratica clinica, come insegnava la MTC, che approccia uomo e donna in maniera diversa da un punto di vista sia diagnostico che terapeutico.

Le medicine complementari si fondano su una visione olistica della salute, dove psiche e corpo sono integrati in un insieme organico, da cui scaturisce lo stato di salute inteso come benessere dell'individuo nella sua totalità e in rapporto all'ambiente.

Esse contribuiscono ad affermare uno stile di vita salutare e un ruolo attivo dei cittadini anche sul fronte della prevenzione. Approccio, temi e proposte terapeutiche di queste medicine sono particolarmente "affini" ai bisogni delle donne, alle quali sono affidate funzioni di cura in senso ampio svolgendo, dunque, un ruolo decisivo nell'affermare questa nuova visione di salute, benessere, malattia.

Le medicine complementari possono perciò offrire un contributo significativo all'auspicato radicamento e sviluppo della medicina di genere.

Bibliografia

Da Frè M, Voller F. (2011) Medicine complementari, discipline bio-naturali e del benessere nella popolazione toscana. Indagine 2009. Documenti dell'Agenzia regionale di sanità della Toscana, n. 56.

Frass M, Strassl RP, Friehs H, Müllner M, Kundt M, Kaye AD (2012). Use and acceptance of complementary and alternative medicine among the general population and medical personnel: a systematic review. Ochsner Journal, 12:45-56.

ISTAT (2001). Le terapie non convenzionali in Italia: Indagine multiscopo sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000. Roma.

ISTAT (2007). Le terapie non convenzionali in Italia. Anno 2005. Roma, 21 agosto: http://www3.istat.it/salastampa/comunicati/hon_calendario/20070821_00/testointegrale.pdf

Baccetti S, Monechi V, Boni E, Cucca B, Fedi P et al. (2012). The use of complementary and alternative medicine (CAM) in the Center of Traditional Chinese Medicine Fior di Prugna: a comparison between the results of the literature and the population of Tuscany. European Journal of Integrative Medicine Vol. 4 Supplement 1, September, Page 175.

Capitolo 7

Violenza di genere

L'esperienza
del Codice rosa

Violenza e abuso
su donne e bambini

Tratta e sfruttamento
di esseri umani

Maltrattamenti e abuso
su minori

L'esperienza
del gruppo GAIA

7. Violenza, tratta, maltrattamenti e abuso

7.1. Violenza di genere

Daniela Bagattini, Valentina Pedani - Osservatorio sociale provinciale di Prato, Osservatorio sociale regionale

I Rapporti di monitoraggio a cura dell'Osservatorio sociale regionale

Le Linee-guida contro la violenza di genere attribuiscono all'Osservatorio regionale sulla violenza di genere, istituito presso l'Osservatorio sociale regionale, compiti ben precisi, ampliando quanto già previsto dalla legge regionale contro la violenza di genere (legge regionale 16 novembre 2007, n. 59)¹.

«Realizzare un sistema di osservazione, monitoraggio, analisi e previsione del fenomeno della violenza di genere nonché di monitoraggio e analisi di impatto delle relative politiche attraverso la raccolta e l'elaborazione di dati forniti dai Centri antiviolenza, dal centro di coordinamento, dai consultori e dai servizi territoriali nonché, in genere, *da tutti i soggetti* aderenti alla rete promossa dalla Regione che ne dovranno prevedere la raccolta e la trasmissione²».

Il legislatore attribuisce, dunque, all'Osservatorio il compito - tra gli altri - di raccogliere ed analizzare i dati inseriti nell'applicativo regionale dai Centri antiviolenza. Partendo da questo elemento fondamentale, il gruppo di lavoro sulla violenza di genere, dal 2009, redige un rapporto di monitoraggio annuale che viene presentato il 25 novembre in occasione della “Giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne”.

Nei rapporti di monitoraggio sono state affrontate tematiche di ampio respiro, definite di anno in anno nelle riunioni del Gruppo di lavoro sulla violenza di genere.

Il Primo rapporto è stato «punto di partenza, più che di arrivo, di un percorso di

¹ L.r. 59/2007, articolo 10: Modifiche all'articolo 40 della L.r. 41/2005 «All'articolo 40 della L.r. 41/2005, sono aggiunti, infine, i seguenti commi: "4 bis Presso l'osservatorio è istituita una apposita sezione denominata osservatorio regionale sulla violenza di genere. 4 ter L'osservatorio regionale sulla violenza di genere realizza il monitoraggio sulla violenza attraverso la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei dati forniti dai Centri anti-violenza, dai servizi territoriali e dai soggetti aderenti alla rete territoriale; analizza i dati al fine di realizzare una sinergia tra i soggetti coinvolti per sviluppare la conoscenza delle problematiche relative alla violenza di genere e per armonizzare le varie metodologie di intervento adottate nel territorio. 4 quarter L'osservatorio regionale sulla violenza di genere si avvale degli osservatori provinciali di cui al comma 3."».

² Tali attività costituiscono elementi rilevanti per la costituzione e il funzionamento della rete di cui alla L.r. 59/2007 nonché per le attività di prevenzione e formazione degli operatori. Il trattamento dei dati avviene nel rispetto del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 (codice in materia di protezione dei dati personali).

approfondimento e monitoraggio costante del fenomeno che potrà portare nei prossimi anni ad avere non solo un quadro quantitativo aggiornato ma anche una serie di specifiche analisi qualitative sul tema». Il lavoro, infatti, ha avuto come obiettivo quello di inquadrare il fenomeno chiarendo le definizioni di violenza adottate dall'ISTAT, sulle quali è stata costruita la maschera di inserimento nell'applicativo regionale, definizioni che venivano utilizzate dalla maggior parte delle strutture anche precedentemente alla creazione di uno standard regionale per rilevare i dati, in modo da esplicitare un linguaggio comune e condiviso. Un altro obiettivo è stato quello di iniziare una “ricerca” di dati sulla violenza di genere per il territorio nazionale e regionale, partendo dall’”Indagine multiscopo sulla sicurezza delle donne” (ISTAT 2008), la prima (e ad oggi ancora unica) ricerca su scala nazionale interamente dedicata all’argomento, svolta dall’Istituto nazionale di statistica nel 2006.

Il lavoro ha inoltre fornito una prima descrizione dell’attività svolta dai Centri antiviolenza della rete regionale contro la violenza di genere (VGRT), sia attraverso l’illustrazione del percorso che ha portato alla creazione della rete³, sia attraverso l’analisi delle richieste di aiuto pervenute nel 2008, inserite in forma aggregata.

Dal 1 luglio 2009, con la creazione dell’applicativo regionale, è stato possibile analizzare a livello regionale i dati, inseriti singolarmente attraverso schede individuali, delle donne che si sono rivolte ai Centri antiviolenza che operano all’interno delle reti territoriali contro la violenza di genere. Quelle che emergono dall’applicativo sono tutte le utenti (contate una volta sola, e cioè al momento del primo accesso) che si sono rivolte ad un Centro e che, dunque, hanno deciso di fare un primo fondamentale passo oltre il silenzio. Si tratta di violenze che avvengono soprattutto all’interno delle mura domestiche: il servizio offerto dai Centri, che prevede anche il supporto psicologico e l’aiuto alla donna, fa sì che siano in particolare le vittime di violenza all’interno di una relazione affettiva a rivolgersi a tali strutture, piuttosto che donne che subiscono vessazioni, ad esempio, all’interno del mondo del lavoro. Esplicativo a tal proposito è il bassissimo numero di casi di mobbing inseriti nell’applicativo regionale.

Dal 1 luglio 2009 al 30 giugno 2012, 5.723⁴ donne si sono rivolte alle strutture che in Toscana svolgono attività di Centro antiviolenza. Un trend in aumento: si va dai 1.761 casi del 2009-2010 ai 2.033 dell’ultima annualità considerata (2011-2012).

Come evidenziato nel IV Rapporto, «I dati raccolti in questi tre anni dimostrano che la violenza è un fenomeno trasversale rispetto alle tradizionali caratteristiche socio-demografiche utilizzate per descrivere e prevedere fenomeni sociali: si tratta di donne che hanno titoli di studio più alti della media, di età variabile, con una proporzione di occupate, in modo più o meno stabile, in linea con la media Toscana».

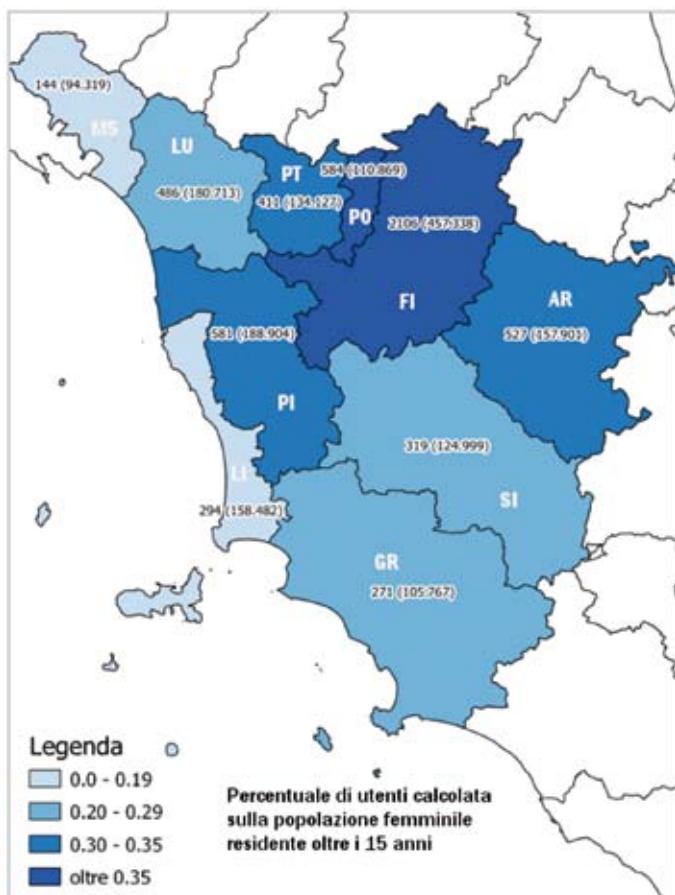
³ La mappatura delle strutture organizzative riportata nel volume, che ha visto la realizzazione di un database contenente tutte le informazioni relative alle strutture regionali e di un’applicazione informatica con la quale sono facilmente consultabili da tutti (www.e.toscana.it/strutture_violenza), costituisce le fondamenta sulle quali è stato possibile sviluppare le analisi future.

⁴ Si tratta di “accessi”, quindi di singole donne. Una donna viene contata solo al momento dell’accesso: se rimane in carico al centro, non risulta tra le nuove utenti dell’anno successivo.

Nella **Figura 1** è fornita una rappresentazione grafica relativa agli accessi ai Centri antiviolenza dal 1 luglio 2009 al 30 giugno 2012. Le cifre tra parentesi indicano la popolazione femminile di età ≥ 15 anni residente⁵ nelle province al 1 gennaio 2012. In legenda è riportato il dato relativo alla proporzione di utenti dei centri sul totale delle residenti.

Figura 7.1

Numero di donne di età ≥ 15 anni residenti in Toscana al 1 gennaio 2012 sul numero di donne che si sono rivolte ai centri dal 1 luglio 2009 al 30 giugno 2012 - Distribuzione provinciale



⁵ Trattandosi di popolazione residente sono incluse in queste cifre anche le donne con cittadinanza non italiana regolarmente residenti nel territorio.

Il numero di donne che si rivolgono ai centri non è un campione rappresentativo delle vittime di violenza: uscire dal silenzio per chiedere aiuto è un piccolo fondamentale passo che ad oggi solo in poche fanno. La decisione di compiere questa scelta non ha motivazioni casuali: in esse confluiscano numerosi fattori psicologici, ma anche sociali e contestuali. Se possiamo ipotizzare che i fattori psicologici si distribuiscano uniformemente sul territorio, lo stesso non vale per le altre variabili. In modo particolare, alcuni fenomeni, come campagne di sensibilizzazione (nazionali o territoriali), possono far aumentare il numero di donne che riconoscono nella loro situazione quella di vittima e/o decidono di tentare di uscire dalla condizione di sopruso che stanno vivendo. La presenza di strutture contro la violenza fortemente radicate nel territorio, il legame tra queste e altri soggetti istituzionali e non, la formazione di operatori del sociosanitario pubblico e privato (sociale e non) sono fattori che possono contribuire a un maggior afflusso delle donne ai Centri antiviolenza.

È importante aggiungere che dalla lettura complessiva dei dati emerge come solo un terzo delle utenti non ha avuto accesso ad almeno un altro servizio. Un dato che ha significati e conseguenze molto profonde: da esso emerge, infatti, il profilo di donne che, prima di rivolgersi al Centro, avevano già avuto accesso ad uno dei nodi effettivi o previsti della rete.

D'altra parte, il lavoro dei Centri ci suggerisce quanto sia fondamentale la ricostruzione di un'identità che la violenza ha frammentato e spezzato e, quindi, una ri-motivazione della donna in quanto soggetto attivo, determinante e artefice del proprio destino. Un percorso che ha bisogno di informazioni, ascolto, supporto psicologico che le operatrici dei Centri offrono, come i dati presentati evidenziano, ma che non può prescindere da esigenze pratiche: una casa, un lavoro, la possibilità di camminare da sola, anche economicamente.

In questo senso, il lavoro prodotto in questi anni ha cercato non solo di descrivere attraverso l'analisi dei dati chi sono le vittime, ma anche di «realizzare una sinergia tra i soggetti coinvolti per sviluppare la conoscenza delle problematiche relative alla violenza di genere e per armonizzare le varie metodologie di intervento adottate nel territorio», come indicato dalla l.r. 59/2007, attraverso un percorso che si è delineato nel corso degli anni, attraverso il costante contatto con gli Osservatori sociali provinciali, punti di raccordo e “antenne” sul territorio.

Nel Secondo Rapporto si è puntata l'attenzione sul lavoro dei Centri antiviolenza, in particolare con un questionario rivolto a chi vi opera, a vario titolo, oltre ad alcuni approfondimenti sulle realtà locali curati dai singoli Osservatori sociali provinciali. La presenza di un unico macrotema ha reso così possibile la costruzione di un livello di analisi regionale anche su tale argomento. Se ogni territorio ha la sua specificità, e all'interno di esso ogni Centro, spesso, è una storia a sé, c'è un dato che percorre tutte le strutture della Regione: in esse operano, soprattutto come volontarie, donne che amano la loro attività, per le quali le maggiori problematicità sono legate alla mancanza di risorse finanziarie. Ma il dato che appare ancor più significativo è l'altissimo livello

d'istruzione: nei centri toscani operano donne molto istruite, il 72,3% delle quali sono almeno laureate, che continuano il loro percorso formativo sia partecipando a corsi e seminari, sia facendosi esse stesse promotrici di formazione *peer to peer* rivolgendosi ad altri operatori o a soggetti di altri enti e organizzazioni. Una punta di eccellenza per il territorio.

Nel Terzo Rapporto si è proposto alle reti locali un'auto-riflessione sullo stato di avanzamento delle loro attività. L'approfondimento qualitativo, infatti, ha avuto come oggetto di ricerca i protocolli provinciali firmati dai soggetti delle reti territoriali contro la violenza di genere con lo scopo di analizzare queste esperienze codificate, ponendosi ad un livello più generale, cercando relazioni sia a livello orizzontale - elementi ricorrenti tra i differenti protocolli - sia a livello verticale - rapporto tra protocolli e legislazione regionale - con particolare riferimento alla l.r. 59/2007 e alle Linee-guida contro la violenza di genere⁶.

L'analisi dei protocolli, condotta attraverso l'individuazione di temi rilevanti che ripercorrono gli obiettivi elencati dalla normativa, ha rappresentato un primo step dell'approfondimento; il secondo step ha coinvolto gli Osservatori sociali provinciali attraverso la realizzazione di cinque *focus group* con i soggetti firmatari dei protocolli in altrettante province toscane (Arezzo, Livorno, Massa-Carrara, Pisa, Prato).

L'opportunità di confrontare aspetti "normativi" (il protocollo) e pragmatici (il funzionamento della rete) ha permesso di raccontare tali realtà confrontando e valutando la performatività degli stessi atti: quali le modalità di lavoro della rete? Quale l'organizzazione effettiva che essa si dà sul territorio? Cosa è cambiato dopo la l.r. 57/2009? Tali interrogativi di ricerca sono diventati la traccia dei *focus*, discussa e condivisa all'interno del tavolo regionale contro la violenza di genere.

Ripercorrere le strade delle reti locali sulla violenza di genere, dai testi che hanno formalizzato una situazione già esistente, alle parole sui percorsi intrapresi per la loro attivazione sul territorio, emerse nei *focus group*, ha permesso di individuare dei sorprendenti tratti comuni: sotto tanta eterogeneità foriera di varietà e, spesso, inventiva, si possono leggere tratti e percorsi che nel tempo, e forse grazie anche al continuo lavoro e allo scambio, stanno delineando un quadro comune.

Un altro elemento emerge con chiarezza dai *focus group*: di fronte a reti locali che vanno verso una maggior complessità, anche grazie all'impulso regionale, e che contemporaneamente devono far fronte alla diminuzione di risorse degli enti pubblici, si sottolinea l'esigenza di codificare delle procedure. Questo significa condividere definizioni univoche per un set di informazioni base ritenute essenziali della scheda utente, trovare modalità uniformi di attivazione della rete, individuare dei percorsi comuni che permettano agli operatori dei servizi di dare risposte chiare e non contraddittorie

⁶ Agli Osservatori provinciali presenti in territori in cui non è stato firmato un protocollo è stato proposto di condurre in proprio una riflessione sugli specifici temi individuati a livello regionale. Nel terzo capitolo della prima parte sono presentati i risultati di un'intervista condotta nella Provincia di Grosseto.

alle donne, consentendo di far fronte anche all'alto *turn over* di queste strutture. La condivisione di procedure è anche un'attività che sta alla base della costruzione di un sistema informativo integrato a livello di rete territoriale, ma anche a livello regionale e, domani, nazionale.

Questa necessità si correla però al timore di un'eccessiva rigidità che possa comprometterne l'utilità e, con essa, il funzionamento stesso della rete. Di nuovo un'apparente contraddizione che trova nella storia stessa della rete una possibile soluzione: la partecipazione attiva dei soggetti nella costruzione delle buone pratiche che, partendo dai territori, possano trovare nell'attore regionale un supporto e un aiuto per il coordinamento e l'individuazione degli elementi comuni.

Nel Quarto Rapporto si è analizzato quanto nel territorio toscano, soprattutto in ambito sanitario, è stato attivato sul tema della violenza di genere. Le fonti di dati sono state ampliate: oltre all'analisi delle informazioni raccolte con le schede di aiuto inserite dai Centri antiviolenza nell'applicativo regionale, sono stati presentati i dati estratti dall'Archivio regionale delle prestazioni consultoriali (SPC) e quelli riguardanti i casi di violenza domestica seguiti dai cinque Pronto soccorso toscani, in cui è stata avviata la sperimentazione del progetto Codice rosa (Arezzo, Lucca, Grosseto, Prato e Viareggio). Vi sono poi tre approfondimenti.

Nel primo, lo sguardo si sposta dalla vittima all'aggressore: la descrizione delle attività del Centro di ascolto uomini maltrattanti (CAM) di Firenze, realizzata contando sulla disponibilità delle operatrici dello stesso, ha permesso di studiare e descrivere una buona pratica che va ad integrare il lavoro di rete agendo sulla rieducazione degli aggressori.

Oggetto del secondo approfondimento è il progetto Codice rosa nella realtà in cui esso è nato, l'Azienda USL 9 di Grosseto (per il quale rimandiamo al paragrafo successivo) e la Mappatura delle policy contro la violenza di genere attuate nei Pronto soccorso della Toscana. Lo scopo di questa parte è stato individuare l'eventuale presenza di particolari procedure di accesso e/o di percorsi ad hoc per le sospette vittime di violenza, in vista dell'estensione del progetto Codice rosa a tutti i Pronto soccorso della Toscana, prevista a partire dal 2013.

Un percorso molto articolato, dunque, quello dei Rapporti sulla violenza di genere in Toscana, che nasce e prosegue grazie alla collaborazione di più soggetti, che negli anni sono aumentati e hanno permesso di analizzare il fenomeno nei suoi differenti aspetti: la V edizione del Rapporto sarà infatti dedicata al funzionamento quotidiano delle reti locali contro la violenza, le procedure adottate nel collegamento tra differenti soggetti, le criticità e le soluzioni trovate da chi ogni giorno si occupa di fornire risposte e protezione alle vittime di violenza di genere.

7.2 L'esperienza del Codice rosa

Paola Magneschi - Regione Toscana

Fra gli atti di programmazione regionale, nell'ottica dell'integrazione tra politiche sociali e sanitarie, la Regione Toscana ha previsto percorsi politici ed operativi a favore delle persone che, per motivi diversi, sono a maggiore rischio di esclusione sociale, con azioni specifiche volte al loro reinserimento. Tra questi, il progetto regionale "Codice rosa", che prevede interventi di cura e tutela nei confronti delle "fasce deboli" di popolazione, persone che, a causa della loro condizione di fragilità, più facilmente possono diventare vittime di abusi o maltrattamenti.

In riferimento ai positivi risultati raggiunti nel 2012, anno di sperimentazione del progetto, la Giunta regionale, con propria deliberazione 339/2013, ne ha disposto l'estensione a cinque ulteriori Aziende sanitarie, prevedendone la completa diffusione su tutto il territorio regionale a partire dal 1 gennaio 2014.

Il progetto intende superare la frammentazione delle risposte e le criticità presenti nel raccordo tra i soggetti della rete ospedaliera e territoriale, proponendo una diversa metodologia di lavoro in grado di fornire risposte efficaci alle persone che hanno subito violenza, già dal momento del loro arrivo al Pronto soccorso, garantendo assistenza e tutela ed agevolando il raccordo nei passaggi successivi per la presa in carico territoriale.

Gli aspetti qualificanti del progetto si possono identificare nella stipula di Accordi formalizzati a livello locale tra le Aziende USL e le Procure della Repubblica per la valorizzazione della collaborazione interistituzionale con la costituzione di Gruppi operativi che rappresentano il raccordo indispensabile tra i soggetti impegnati nella cura e nella tutela delle vittime di violenza. La loro composizione prevede rappresentanti delle strutture ospedaliere e territoriali dell'Azienda sanitaria (es. Dipartimento emergenza-urgenza, Dipartimento materno-infantile, Dipartimento salute mentale, Unità funzionali consultoriali...), Procura, Forze dell'ordine, Comune, Centro antiviolenza, Centro per il recupero dei soggetti maltrattanti (ove esistente), Case rifugio ecc.

La definizione di procedure operative condivise dal personale, da aggiornare coerentemente al mutare delle esigenze, è indispensabile per garantire, in caso di necessità, l'immediata attivazione dei soggetti della rete, per assicurare interventi efficaci e coordinati.

Il coinvolgimento e la motivazione degli operatori sono indispensabili per favorire l'emersione di casi di violenza che non sempre vengono dichiarati o risultano evidenti. La formazione specifica sia di livello regionale che aziendale organizzata con continuità, permette di promuovere conoscenze, accrescere le sensibilità, sviluppare la condivisione di procedure operative e la collaborazione tra il personale dei gruppi operativi. In questo modo gli operatori non si sentiranno più soli davanti al problema, ma parte di un lavoro di squadra che, oltre a tutelarli, consentirà di individuare percorsi per la tutela della vittima con la collaborazione dei soggetti della rete territoriale.

I dati del progetto regionale, nel campione delle 5 Aziende USL (Lucca, Prato, Arezzo, Grosseto e Viareggio) che nel 2012 hanno aderito alla fase di sperimentazione, hanno evidenziato, per la popolazione adulta, 1.248 casi di maltrattamento, 44 di abuso sessuale e 22 di maltrattamenti avvenuti a seguito di azioni di stalking. Per i minori sono stati segnalati 113 casi di maltrattamento e 28 casi di abuso sessuale, per un totale, fra adulti e minori, di 1.455 casi accertati nell'anno 2012. La **Tabella 7.1** riporta sinteticamente il numero di casi per singola Azienda.

Tabella 7.1
Numero di accessi con codice rosa per Az. Usl e totale – anno 2012

Azienda	I° trimestre	II° trimestre	III° trimestre	IV° trimestre	Totale
Usl 2 Lucca	65	49	73	63	250
Usl 4 Prato	87	84	93	74	338
Usl 8 Arezzo	63	72	60	46	241
Usl 9 Grosseto	122	103	135	106	466
Usl 12 Viareggio	17	47	53	43	160
Totale	354	355	414	332	1.455

Si tratta di dati parziali ma ufficiali, che saranno integrati con quelli forniti dalle Aziende USL di Livorno, Pisa, Empoli, AOU Careggi e AOU Meyer che dal primo gennaio 2013 sono entrate a pieno titolo nel progetto.

A fine 2014, i dati del progetto regionale Codice rosa, integrati da quelli del V Rapporto regionale sulla violenza di genere con l'attività svolta dai Consultori e dai Centri antiviolenza, forniranno il dato ufficiale indicativo della reale consistenza del fenomeno in Toscana.

Importantissimo è il ruolo che possono svolgere i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, non solo garantendo un supporto alle attività istituzionali e culturali di contrasto al fenomeno della violenza, ma anche prestando attenzione, nell'esercizio quotidiano della professione, ai campanelli d'allarme nel tentativo di rompere il muro di isolamento che circonda in modo particolare la donna e che rappresenta il primo passo della spirale della violenza.

Il fenomeno della violenza che nasce e si sviluppa nei rapporti sociali e familiari, richiede di essere affrontato risalendo all'origine del problema anche con interventi di prevenzione rivolti ai soggetti maltrattanti. Per tale motivo, il lavoro svolto dalle Associazioni che si occupano degli uomini autori di comportamenti violenti è indispensabile per incoraggiarli a riflettere sulle loro azioni nel rapporto affettivo con la partner o con i figli e a percorrere i primi, indispensabili passi per migliorare la relazione.

La completa diffusione del progetto Codice rosa su tutto il territorio regionale richiede uno sforzo organizzativo rilevante e la disponibilità di risorse. L'integrazione socio-sanitaria

realizzata positivamente deve proseguire e svilupparsi. Il collegamento interistituzionale e operativo con tutti i soggetti della rete è indispensabile, ma gli interventi di prevenzione devono necessariamente realizzarsi insieme all'attività di promozione e sensibilizzazione dei soggetti a partire dalla scuola, dove è necessario sviluppare una riflessione su questi temi, perché è solo rimuovendo preconcetti culturali stratificati e, sviluppando una vera cultura della parità e del rispetto delle persone, che il fenomeno della violenza potrà essere affrontato in modo strutturato e ridotto significativamente.

7.3 Violenza e abuso su donne e bambine: esperienza del Centro regionale di riferimento per la violenza su adulte e minori

Sandra Bucciantini - AOU Careggi

La violenza sulle donne è un tema di costante attualità e, per la natura stessa degli atti di violenza sessuale, i dati su questa sono sicuramente sottostimati e, probabilmente, rappresentano solo la punta dell'iceberg. Tutto ciò, quindi, determina una significativa sottostima del fenomeno e dei danni che da questo derivano. Tuttavia, indagini di popolazione rivelano che queste forme di violenza sono molto comuni. L'Organizzazione mondiale della sanità (WHO, 2010), ad esempio, in uno studio multicentrico riguardante la salute delle donne e la violenza domestica subita (Garcia-Moreno C. et al., 2005), ha indicato che il 15-71% delle donne sperimenta, nel corso della vita, atti di violenza fisica e/o sessuale da parte del proprio partner. La ricerca, inoltre, pone attenzione alle conseguenze sull'impatto della salute fisica e mentale (morte e lesioni, depressione, abuso di alcol, malattie sessualmente trasmesse, gravidanze indesiderate e aborti, bambini nati sottopeso) a breve e lungo termine, paragonabili (e in alcuni casi addirittura maggiori) a quelli associati ai più noti fattori di rischio per la salute (Heise L et al., 2002), con un peso attribuibile, sul carico globale di malattia, pari al 7% (Vos T et al., 2006).

I dati italiani non sono certo consolanti. Secondo l'indagine ISTAT sulle molestie sessuali effettuata nel 2008-2009, le donne di età compresa fra i 14 e i 65 anni che nel corso della propria vita hanno subito molestie e/o ricatti sessuali, sono circa 10 milioni e mezzo, pari al 51,8% della popolazione femminile italiana della stessa fascia di età (ISTAT, 2008-2009).

La rilevanza del fenomeno ha dato vita, anche sul nostro territorio, a numerose iniziative. Una di queste è l'istituzione, dal 1992, presso il Dipartimento assistenziale integrato materno-infantile dell'Azienda ospedaliero-universitaria Careggi, del Servizio contro la violenza sulle donne (CAV) che è diventato Centro di riferimento regionale per la violenza e l'abuso sessuale sulle donne e sulle minori (CRRV) nel 1999. Per quanto riguarda la violenza di genere su tutte le fasce deboli, l'Azienda ospedaliero-universitaria Careggi è entrata a far parte, nel 2012, del Codice rosa, già esistente in altre Aziende della Toscana attraverso le Unità operative di pronto soccorso dell'Azienda (DEA, Ostetricia e ginecologia, Pronto soccorso ortopedico, Pronto soccorso di oculistica e

di otorinolaringoiatria), costituendo un percorso di presa in carico globale della donna attraverso percorsi specifici per la violenza sessuale e domestica.

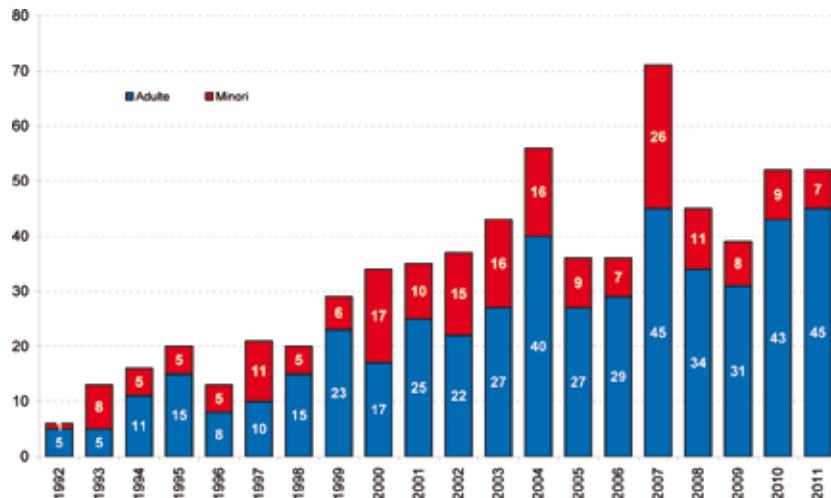
Oltre alle strutture accettanti, il CRRV ha stretto collaborazioni con altre Unità operative che svolgono funzione di supporto nel trattamento e cura della persona abusata. Fra queste ricordiamo la Neuropsichiatria infantile e la Neuropsichiatria, le Unità operative di psicologia, di malattie infettive, di tossicologica e medicina legale e di citogenetica. Alla parte sanitaria si affiancano le strutture di territorio, di carattere sociale e giudiziario.

Il Centro (CRRV) accoglie solo utenti di genere femminile, adulte e minori, sia in regime di emergenza che offrendo consulenze programmate. La delicatezza del tema trattato fa sì che il modello operativo ponga particolare attenzione all'accoglienza che prevede:

- un ambiente protetto e riservato;
- “soltanto” la presenza di operatori specificamente formati che tengano un atteggiamento rassicurante, disponibile all'ascolto e non frettoloso;
- l'utilizzo di procedure e/o spostamenti solo se strettamente necessari;
- l'offerta di spiegazioni esaustive sull'intero iter della visita.

Dal 1992 al 2012 (ultimo dato disponibile), il Centro ha accolto 728 utenti, di cui 526 adulte (72,2%), 68 di età compresa fra i 14 e i 18 anni (9,5%) e 134 di età 0-13 anni (18,3%). Nel corso degli anni, il numero di accessi ha visto un incremento soprattutto fra le adulte, con punte maggiori nel 2004 e nel 2007. Rispetto alla popolazione più debole delle minori (0-13), per una corretta lettura dei dati è importante tener presente che, da qualche anno, è nato un altro Servizio per la violenza sui minori presso l'Azienda Meyer (GAIA) che, probabilmente, ha selezionato gli accessi in base all'età (**Figura 7.2**).

Figura 7.2
Numero di accessi presso il CRRV per fascia di età ed anno di presentazione



La provenienza, sia fra le adulte che fra le minori, è prevalentemente italiana con 375 donne (76,2%), 35 adolescenti (51,4%) e 105 bambine (78,3%). Fra gli altri Paesi coinvolti, emergono quelli dell'Esteuropa.

Dato che la violenza sessuale è un fenomeno fortemente presente in tutte le popolazioni, potremmo ipotizzare che il basso numero di accessi riscontrato in alcune etnie (vedi l'Africa con il 4,6%, l'Asia con il 3,1%) possa essere dovuto non soltanto ad una maggior difficoltà nel recepire l'informazione, ma anche ad aspetti di tipo culturale.

Prendendo in esame la persona abusante, i dati rivelano un grosso coinvolgimento da parte di persone conosciute (N=291) che rappresentano il 40% del totale. 110 (15,1%) avevano con la vittima un rapporto di parentela; 265 hanno dichiarato di essere state aggredite da sconosciuti (36,4%), mentre 62 persone (8,5%) non hanno fornito alcuna informazione in merito all'aggressore. Estraendo dall'intera popolazione soltanto le minorenni (0-18 anni), che complessivamente sono 202, il dato non cambia. Il 35,2% (N=71), infatti, ha subito violenza da parte di familiari (padre, nonno, zio) che, osservati nella fascia di età 0-13 anni, costituiscono addirittura il 79,2% degli aggressori.

L'accesso al CRRV è riuscito ad attivare un'azione di consulenza concentrata, in misura maggiore, presso l'Azienda Careggi, ma ha coinvolto anche il territorio in 335 casi (46%). L'iter giudiziario è stato avviato nel 67,1% (N=489) del campione complessivo.

Bibliografia

- World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine (2010). Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva, World Health Organization.
- Garcia-Moreno C, et al. (2005). WHO Multi-Country study on women's health and domestic violence against women . Geneva, World Health Organization.
- Heise L, Garcia-Moreno C (2002). Violence by intimate partners. In: Krug EG et al., eds. World report on violence and health , pp. 87–121. Geneva, World Health Organization.
- Vos T, et al. (2006). Measuring the impact of intimate partner violence on the health of women in Victoria, Australia. Bulletin of the World Health Organization, 84(9):739–744.

7.4 Tratta e sfruttamento di esseri umani

Sonia Biagi - Regione Toscana

Mentre stiamo ancora imparando come affrontare una situazione, la realtà è già cambiata. Quello della tratta e dello sfruttamento di esseri umani è un fenomeno che rappresenta in modo emblematico questa definizione.

La tratta di persone, così come precisata nel Protocollo addizionale della Convenzione delle Nazioni Unite firmato a Palermo nel 2000, “indica il reclutamento, trasporto, trasferimento, l’ospitare o accogliere persone, tramite l’impiego o la minaccia di impiego della forza o di altre forme di coercizione, di rapimento, frode, inganno, abuso di potere o di una posizione di vulnerabilità o tramite il dare o ricevere somme di danaro o vantaggi per ottenere il consenso di una persona che ha autorità su un’altra a scopo di sfruttamento. Lo sfruttamento comprende, come minimo, lo sfruttamento della prostituzione altrui o altre forme di sfruttamento sessuale, il lavoro forzato o prestazioni forzate, schiavitù o pratiche analoghe, l’asservimento o il prelievo di organi”. Tale definizione rivela immediatamente tutta la complessità di un fenomeno in cui si intrecciano costantemente competenze, istituzioni, professionalità e servizi di diversa natura. Il risultato è che questo *melting pot* combina insieme livelli di governo, procedure, metodologie di intervento e tempistiche che spesso non riescono a mantenere la giusta tensione operativa: mentre si è deciso di intervenire in un certo modo, gli scenari migratori, sociali ed economici sono già cambiati.

La tratta è una forma moderna di schiavitù il cui paragone con il medesimo fenomeno del passato non trova più alcun riscontro essendosi radicalizzati e stravolti gli elementi di fondo: una volta la schiavitù era lecita e tollerata, adesso è illegale; una volta la schiavitù era ritenuta una componente essenziale dello sviluppo della società, adesso è disapprovata e condannata dalla nostra cultura. Unico elemento che tende ad unire le due forme di schiavitù è il carattere economico del fenomeno: lo schiavo – la vittima – è una merce di scambio che rende incredibili guadagni e, infatti, è tra i business più redditizi della criminalità organizzata dopo il traffico di armi e di droga.

Infine, da questo scenario, emerge il punto cruciale del fenomeno: lo sfruttamento di esseri umani è una grave violazione dei diritti umani che porta con sé la lesione della libertà personale e della dignità della persona.

Principali riferimenti normativi

La cornice che supporta l’elaborazione di leggi e la creazione di strategie contro la tratta negli stati nazionali è il Protocollo addizionale della Convenzione delle Nazioni Unite firmato a Palermo nel 2000 contro la Criminalità organizzata transnazionale per combattere il traffico di migranti.

A livello europeo, invece, i principali strumenti in materia di lotta alla tratta e al grave sfruttamento di esseri umani sono la direttiva 2011/36/UE del 5 aprile 2011, e

la Comunicazione sulla strategia per l’eradicazione della tratta di esseri umani del 19 giugno 2012. Entrambi i documenti sono ispirati ad una visione globale e integrata delle azioni da intraprendere per contrastare il fenomeno, basata non solo sulla repressione penale, ma anche sulla prevenzione e sulla tutela delle vittime.

Il modello italiano di lotta alla tratta di esseri umani ha come essenziale punto di riferimento il dispositivo normativo dell’articolo 18 del Testo unico sull’immigrazione, che ha fatto propria la logica di intervento che coniuga la repressione della criminalità (attraverso l’azione dell’autorità giudiziaria e delle forze dell’ordine) con la tutela incondizionata delle vittime (attraverso l’attivazione di programmi di protezione sociale), e fin dal 1998 rappresenta un riferimento internazionale per quanto riguarda gli strumenti da utilizzare nella logica dell’approccio centrato sul rispetto dei diritti umani.

L’altro dispositivo normativo, che integra e completa gli strumenti individuati nel d.ls 286/98, è l’art. 13 della L. n. 228/2003 “*Misure contro la tratta di persone*” nel quale si presta attenzione al tema dell’emersione e prima assistenza delle vittime.

Una normativa di riferimento all’avanguardia che disciplina e, sino ad oggi, supporta con risorse *ad hoc* tutto lo spettro di interventi di contrasto del fenomeno (emersione, prima assistenza, protezione, assistenza e reinserimento delle vittime) offrendo altresì strumenti innovativi, primo fra tutti la possibilità per le vittime di tratta di chiedere e usufruire di uno specifico permesso di soggiorno.

Il sistema toscano contro la tratta e lo sfruttamento

Il sistema di interventi contro la tratta in Toscana nasce nel 2011 quando il Dipartimento per le Pari opportunità (DPO) della Presidenza del Consiglio dei Ministri emette il primo Bando congiunto per la concessione di contributi per la realizzazione di interventi a favore delle vittime di tratta e grave sfruttamento (programmi ex art. 13 L. 228/2003 ed ex art. 18 d.lgs 286/1998).

Fondato sulla centralità della persona e sulla tutela dei diritti, il sistema regionale si pone come modello di intervento che operativizza la valorizzazione delle pratiche e delle esperienze dei territori, il lavoro integrato tra soggetti pubblici e del privato sociale e adempie al criterio della razionalizzazione delle risorse e dei servizi. Ad aiutare concretamente l’attuazione di questi principi, in parte derivanti dalla cultura organizzativa dettagliata nei dispositivi legislativi (es. l.r. 41/2005) e di programmazione regionali, e in parte scaturiti dalla necessità di far fronte alla carenza delle risorse, è stato creato un modello di *governance* in cui tutti i soggetti impegnati, direttamente e/o indirettamente, a contrastare il fenomeno dello sfruttamento di esseri umani hanno trovato cittadinanza. Tale sistema si compone di: a) un “gruppo di regia”, composto da rappresentanti degli enti pubblici di coordinamento territoriale, ANCI, UPI, privato sociale e da altri settori regionali (sanità e formazione/lavoro), che svolge un ruolo di coordinamento, programmazione e verifica degli interventi; b) un “gruppo degli enti attuatori”, composto da rappresentanti del pubblico e del privato sociale afferenti alle

reti territoriali (generalmente corrispondenti alle province) presenti nell'intera regione che svolge una funzione di stimolo, confronto e supporto propositivo alla individuazione delle azioni e degli interventi da realizzare; c) una "Segreteria tecnica regionale" che svolge un ruolo di supporto e una funzione di collegamento tra la regione e il territorio.

L'architettura del sistema si traduce dunque in un modello organizzativo capace di valorizzare il contributo e la partecipazione dei molteplici soggetti che operano nel sistema e di offrire risposte efficaci e tempestive alle vittime anche in un'ottica di "collaborazione solidale" fra i vari territori, favorendo in tal modo l'integrazione delle politiche e degli interventi. I servizi territoriali assicurano l'intero spettro degli interventi necessari all'emersione, protezione, accoglienza e reinserimento delle vittime.

Al livello regionale sono demandate *azioni di sistema* (comunicazione, informazione, sensibilizzazione, formazione, sistema informativo) e il Numero Verde 800186086 (dispositivo organizzativo che oltre ad offrire informazioni sul fenomeno, realizza il monitoraggio dei posti nelle accoglienze, è punto di riferimento per la gestione delle emergenze e offre servizi di mediazione culturale e di consulenza legale).

Al livello territoriale, invece, sono affidate le *azioni trasversali*, quali la realizzazione di attività di formazione per aree territoriali contigue o omogenee, di comunicazione in relazione alla diffusione e divulgazione, implementazione del sistema informativo regionale e nazionale. Obiettivo delle reti territoriali è quello di concorrere alla realizzazione del sistema di interventi regionale anche attraverso il monitoraggio e la valutazione degli interventi. La loro funzione è prevalentemente operativa e gestionale.

Il sistema informativo e di raccolta dati

I sistemi informativi sulla tratta non riescono ancora a rilevare compiutamente l'entità di un fenomeno che si sviluppa talvolta sotto i nostri occhi: basti pensare alla prostituzione coatta in strada e al chiuso, allo sfruttamento lavorativo (nella ristorazione, nell'assistenza familiare, nell'agricoltura), all'accattonaggio e alle attività illegali, ma anche alle sue caratteristiche (fenomeno sommerso, presenza di organizzazioni e reti criminali, etc.). Inoltre, la molteplicità dei soggetti che sono chiamati a contrastarlo e la difficoltà a trovare e condividere indicatori e linguaggi comuni rende complessa l'alimentazione e l'interconnessione delle banche dati. E non solo. Tuttavia, negli anni si sono sviluppati crescenti progressi in questa direzione e i dati nazionali esplicitano un quadro in costante evoluzione: dal 2006 al 2012, i progetti art. 13 finanziati dal DPO sono stati 166 con i quali sono state assistite 3.770 persone; dal 1999 al 2012, i progetti art. 18 finanziati dal DPO sono stati 665 e dal 2000 al 2012, oltre 65.000 persone sono entrate in contatto con i progetti art. 18 (da cui hanno ricevuto supporto in termini di informazioni, consulenza psicologica, consulenza legale, accompagnamenti socio-sanitari); tra queste, hanno partecipato ad un programma di protezione sociale 21.378 vittime⁷.

⁷ Presidenza del Consiglio dei ministri, Dipartimento per le Pari opportunità. <http://www.pariopportunita.gov>.

In Toscana, altresì, è iniziato un percorso di riorganizzazione e sistematizzazione dei dati, delle informazioni e delle conoscenze che emergono dalle attività di “Con-Trat-To”. Facendo riferimento alla prima annualità del progetto, e tenendo presente che il numero delle vittime è direttamente proporzionale alla quantità di risorse impiegate per la realizzazione del progetto, nel periodo che va dal 21 dicembre 2011 al 21 dicembre 2012, possiamo suddividere i dati facendo rispettivamente riferimento alle attività rilevate nell’ambito dell’art. 13 (emersione e prima accoglienza) e dell’art. 18 (accoglienza e reinserimento delle vittime) (**Tabella 7.2**).

Tabella 7.2
Percorsi di emersione e prima accoglienza art. 13 - progetto “Con-Trat-T0” - annualità 2011-2012

NUMERO VERDE REGIONALE (800 186 086)	69 casi di tratta e sfruttamento inviati alle strutture territoriali	
UNITÀ MOBILI TERRITORIALI	6.082 contatti totali – età prevalente compresa tra i 18 e i 25 anni	615 nuovi contatti (persone avvistate per la prima volta sul territorio)
ACCOMPAGNAMENTI	304 persone accompagnate c/o i servizi socio-sanitari	
SPORTELLI DROP-IN	301 colloqui con vittime di tratta e sfruttamento	
EMERGENZA E PRIMA ACCOGLIENZA	197 percorsi attivati	

Invece, i percorsi di accoglienza art. 18 hanno riguardato 137 vittime (fra questi: n. 112 nuovi inserimenti e n. 63 percorsi in continuità con l’annualità precedente). Dei 112 nuovi casi, il 77,7% erano donne, l’8% uomini e il 14,3% minori. L’inclusione socio-lavorativa ha coinvolto 48 delle 137 vittime considerate e i soggetti - in base al progetto di reinserimento - hanno potuto usufruire di diversi percorsi (**Tabella 7.3**).

Tabella 7.3
Interventi attivati nel percorso d’inclusione socio-lavorativa art. 18 - progetto “Con-Trat-T0” - annualità 2011-2012

INCLUSIONE SOCIO-LAVORATIVA	48 interventi attivati	19 tirocini formativi
		6 borse lavoro
		11 contratti a tempo determinato
		22 contratti a tempo indeterminato

Per quanto attiene alla nazionalità delle vittime, nell'annualità di riferimento, possiamo differenziarle in relazione alla tipologia di sfruttamento. Tra le persone identificate come vittime di *sfruttamento a scopo sessuale*, generalmente le nazionalità più rappresentative sono quella nigeriana, romena, albanese e cinese (quest'ultima, soprattutto nella prostituzione *indoor*); tra le vittime di sfruttamento collegate ai *matrimoni forzati* la più rappresentativa in assoluto è quella macedone; tra le persone identificate come vittime di *grave sfruttamento lavorativo* le nazionalità maggiormente rappresentate sono marocchina e indiana; tra le persone identificate come vittime di sfruttamento nell'*accattonaggio forzato* troviamo infine le nazionalità senegalese, bengalese, cinese.

7.5 Maltrattamenti e abuso su minori

Lorella Baggiani - Regione Toscana

Il fenomeno dei minori coinvolti in azioni di maltrattamento, violenza e abuso sessuale rappresenta uno degli ambiti più consistenti e significativi in cui si esplica l'azione di protezione e tutela prevista dalle norme di settore. Si tratta di condizioni che possono assumere rilievi diversi, sia sotto il profilo giuridico che assistenziale, in base al coinvolgimento o meno della famiglia, e che, conseguentemente, richiedono interventi differenziati rispetto ai soggetti istituzionali coinvolti ed ai servizi socio-sanitari e socio-educativi da attivare.

La nota della varietà degli attori che intervengono nei percorsi per la rilevazione del problema, la presa in carico e la tutela giuridica, come anche del progetto per la cura ed il recupero, aiuta a comprendere come la lettura dei fenomeni sia possibile da più punti di vista interconnessi e come, quindi, le diverse fonti informative possano restituire rappresentazioni mai esaustive.

L'approccio dell'ambito sociale alla problematica delle varie forme di maltrattamento e abuso nei confronti di bambini e ragazzi ha trovato uno specifico canale conoscitivo e di approfondimento nel contesto delle banche dati regionali che da oltre un decennio sono raccolte, sistematizzate e analizzate attraverso l'attività assicurata dal Centro regionale infanzia e adolescenza, gestito, in attuazione della legge regionale 31/2000, dall'Istituto degli Innocenti di Firenze⁸. In particolare il flusso informativo che annualmente assolve alla funzione di monitorare il quadro toscano degli interventi sociali per minori e famiglie⁹, raccoglie tre serie di indicatori deputati a restituire il numero, la cittadinanza e la presa in carico attivata nell'anno di riferimento di minori vittime di:

⁸ L.r. 20 marzo 2000, n. 31, "Partecipazione dell'Istituto degli Innocenti di Firenze all'attuazione delle politiche regionali di promozione e di sostegno rivolte all'infanzia e all'adolescenza".

⁹ Tutti i dati, i rapporti, le ricerche prodotte dal Centro regionale per l'infanzia e l'adolescenza sono consultabili sul sito www.minoritoscana.it.

maltrattamento in famiglia;
 abusi sessuali;
 abusi sessuali in famiglia.

La fonte dell'informazione è da ricercarsi nei servizi sociali dei comuni toscani ed è organizzata, grazie al ruolo svolto da trentaquattro operatori dell'area minori che fungono da referenti zonali, secondo la logica dell'aggregazione territoriale corrispondente, appunto alle trentaquattro società della salute e zone socio sanitarie (Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza. 2012). Va sottolineato che i minori presi in considerazione sono quelli che il servizio sociale professionale si trova a seguire in conseguenza di una segnalazione all'autorità giudiziaria e quindi in stretta collaborazione con tali organi. L'ordinamento prevede, infatti, che la Procura della repubblica presso il Tribunale per i minorenni, raccolte segnalazioni di pregiudizio e/o rischio, si attivi per l'emissione di adeguati provvedimenti di tutela del bambino o del ragazzo, con il coinvolgimento dei servizi sociali cui spetta il compito della valutazione del caso, della programmazione del progetto di intervento, della sua verifica ed attuazione.

Lo sguardo da questa particolare prospettiva – che è comunque significativa poiché si pone al livello dei servizi che lavorano per la cura del minore e per l'eventuale recupero della famiglia maltrattante – testimonia il costante aumento dei maltrattamenti in ambito familiare: nel triennio 2009-2011 i casi passano infatti, rispettivamente, da 993 a 1196, per un incremento percentuale del 20%; una tendenza confermata dai dati del 2012 che si attestano su 1.262 minori e segnano un incremento percentuale del 5% rispetto all'anno precedente e del 26% se rapportano al 2010¹⁰.

La serietà della situazione, che chiama in campo problematiche connesse alle inadeguatezze genitoriali, alle condizioni culturali e sociali dei nuclei, alla loro capacità di rispondere adeguatamente ai bisogni affettivi e di sviluppo dei figli, è testimoniata da ulteriori elementi di contesto:

- l'incremento annuale di casi “inediti”, trattati quindi per la prima volta dai servizi ed inseriti nei percorsi assistenziali;
- la consistente incidenza dei minori di famiglie straniere sul totale delle vittime.

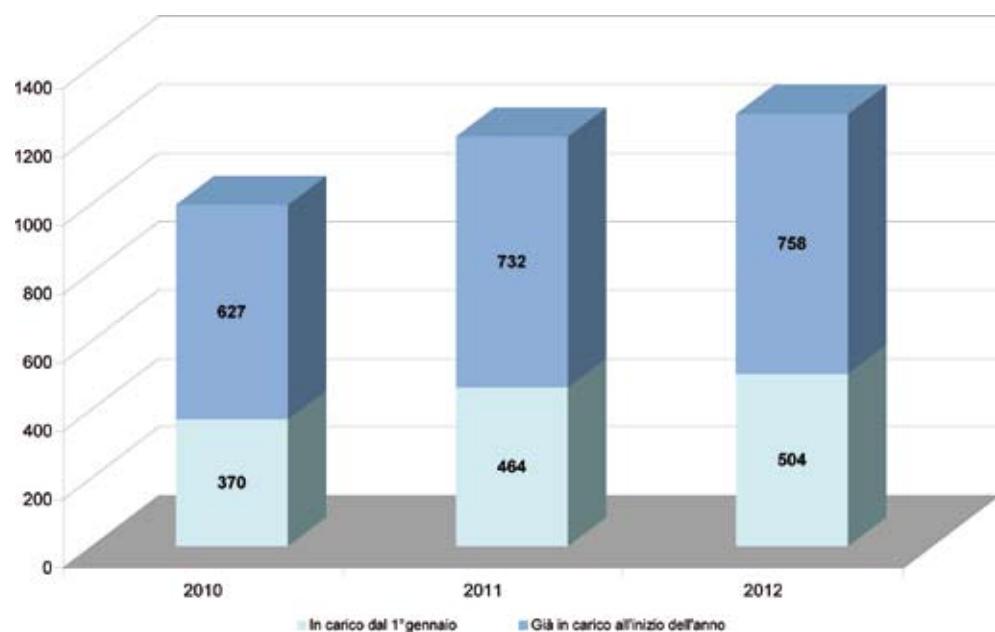
Alla fine del 2011 risultavano inseriti in nuovi percorsi assistenziali 464 minori sui 1.196 vittime di maltrattamenti in famiglia e, nel corso del 2012, dei complessivi 1.262 ragazzi assistiti dai servizi per la medesima problematica, ben 504 risultano “nuovi casi”.

L'incidenza dei minori stranieri risalta nella lettura del fenomeno se si guarda al tetto massimo del 27% toccato nel 2010, mentre, nel 2011, si registra un assestamento sul

¹⁰ I dati 2012 costituiscono l'aggiornamento del report citato alla nota 3 e sono quelli riportati nelle tre tavelle sottostanti; si tratta tuttavia di dati provvisori, in corso di elaborazione definitiva e pubblicazione sul sito del Centro.

valore del 25,5%: i valori assoluti indicano 305 unità nel 2011 (sul totale di 1.196) e 357 unità nel 2012 (sul totale di 1.262) (**Figura 7.3**). In sostanza l'aumento delle vittime di maltrattamenti in famiglia tra la popolazione straniera non accenna a diminuire e se si pone retroattivamente lo sguardo, fino al 2007, quando venivano registrati 181 casi, è ancora più evidente il *gap* con gli ultimi dati disponibili appena citati.

Figura 7.3
Bambini e ragazzi vittime di maltrattamenti in famiglia (segnalati agli organi giudiziari)
presi in carico – Anni 2010-2012 – dati provvisori



Riguardo agli abusi sessuali, sempre il triennio 2009-2011, segna una diminuzione che tuttavia è stemperata dalla risalita dei casi nel 2012: a fronte delle 157 vittime del 2009, nel 2012 si registrano 170 casi, passando attraverso l'andamento altalenante delle annualità 2010 (192) e 2011 (166). Anche in questa fatispecie di reato, l'incidenza del contesto familiare fa sentire il suo peso e la sua carica di problematicità: la percentuale di abusi sessuali consumati tra le mura domestiche, rispetto al fenomeno dell'abuso sessuale su minori, è del 68%; si conferma cioè il dato secondo cui mediamente, ogni 4 abusi sessuali su minorenni in Toscana, circa 3 vengono commessi in ambito familiare, dato allineato al *trend* riscontrabile anche a livello nazionale. Gli abusi sessuali in famiglia hanno conosciuto negli anni flessioni significative rispetto al triennio qui considerato (156 nel 2006, 125 nel 2008) e si sono attestati intorno ai 100 casi del 2010 e del 2011, anche se nel 2012 si sale a 116 casi di cui 52 rubricati come nuove prese in carico (**Figure 7.4 e 7.5**).

Figura 7.4
Bambini e ragazzi vittime di abusi sessuali (segnalati agli organi giudiziari) presi in carico – Anni 2010-2012 – dati provvisori

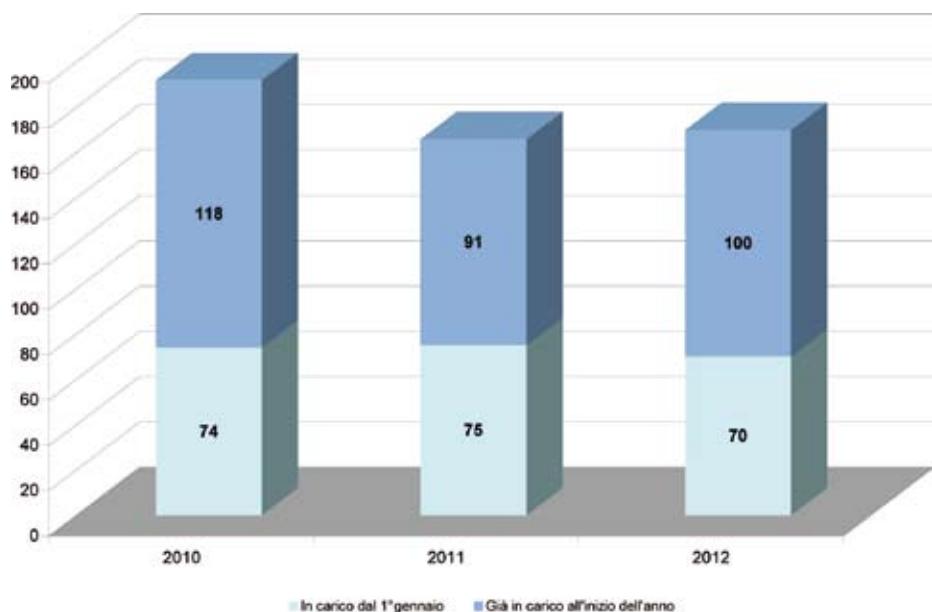
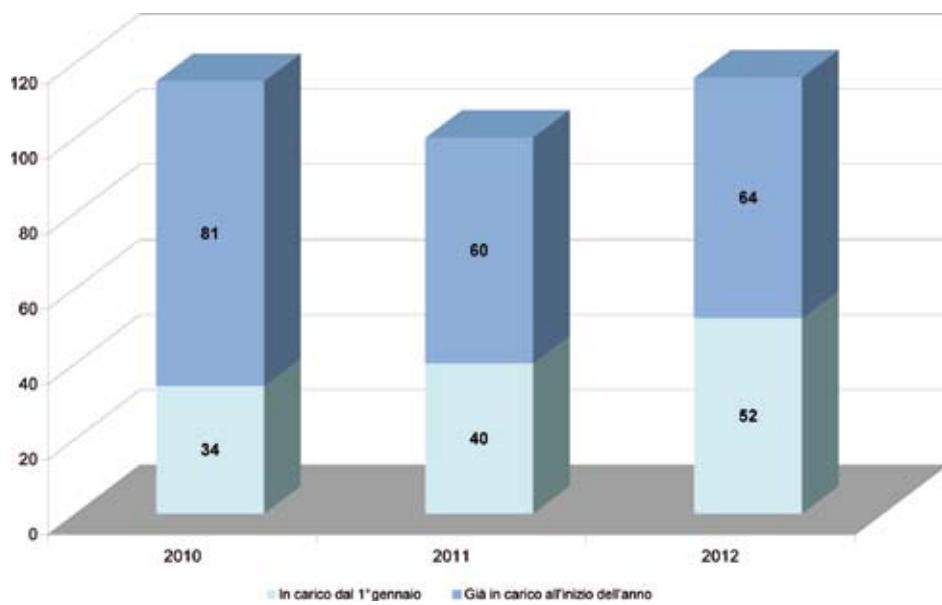


Figura 7.5
Bambini e ragazzi vittime di abusi sessuali in famiglia (segnalati agli organi giudiziari) presi in carico – Anni 2010-2012 – dati provvisori



A fianco dell'oggettiva rappresentazione dei dati va posta la considerazione, altrettanto evidente, dei percorsi di sviluppo, formazione ed approfondimento che i servizi hanno affrontato negli ultimi anni. L'organizzazione in molte realtà territoriali di équipe integrate, di gruppi di lavoro inter-istituzionali e multidisciplinari, l'adozione di protocolli operativi specifici, anche in collaborazione con le forze dell'ordine e con l'autorità giudiziaria, come l'attivazione di progetti pilota di scala regionale o di progetti mirati (si veda ad esempio l'esperienza del "Codice rosa", documentata in questa stessa pubblicazione e i progetti territoriali sviluppati dai consultori nell'ambito dei "Fondi Famiglia" ministeriali) hanno senza dubbio affinato le capacità di analisi degli operatori, sostenuto le procedure per l'intercettazione precoce del disagio, per la corretta segnalazione e presa in carico; in sintesi, il sistema delle azioni e degli interventi messi in campo ha senza dubbio contribuito all'emersione dei fenomeni e delle situazioni a rischio o già conclamate di maltrattamento, abuso e violenza e alla loro conseguente annotazione nei sistemi di rilevazione statistica.

Bibliografia

- Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza. (2012) *Il quadro toscano degli interventi sociali per bambini, ragazzi e famiglie. I dati del triennio 2009-2011 in collaborazione con le zone socio sanitarie e società della salute toscane.* Firenze. http://www.minoritoscana.it/sites/default/files/Report%20%20interventi_triennio%202009-2011.pdf

7.6 Esperienza del gruppo GAIA

Stefania Losi, Caterina Teodori – AOU Meyer

Il Gruppo abusi infanzia e adolescenza (GAIA) dell'Ospedale pediatrico Meyer nasce nel 2005, approvato con deliberazione del Direttore generale, n. 90, il 15/04/2010, allo scopo di prendersi cura, attraverso una gestione multidisciplinare, dei bambini vittime di sospetto abuso e/o maltrattamento.

In particolare, il GAIA, il cui lavoro si svolge trasversalmente all'attività ospedaliera, garantisce un'accoglienza efficace e l'inquadramento diagnostico del bambino. Al contempo svolge attività di prevenzione e di valutazione precoce dei segnali di disagio/

rischio collegabili ad un possibile abuso e/o maltrattamento. Inoltre il GAIA promuove l'attivazione dei necessari percorsi assistenziali e di natura giudiziaria, raccordando la propria attività con quella dei Servizi Territoriali e di tutte le Istituzioni competenti.

All'interno del GAIA operano professionalità diverse – pediatra, pediatra ginecologa, psicologo, psicoterapeuta, chirurgo, infermiere, assistente sociale – chiamate ad agire in modo sinergico nel mettere a fattore comune le diverse competenze per la presa in carico più appropriata del caso di abuso e/o maltrattamento. Si definisce presa in carico del Servizio, l'assunzione di responsabilità da parte del Gruppo nei confronti del bambino e della sua famiglia, comprendendo l'accoglienza e la fase diagnostica integrata al fine di individuare e segnalare alle Autorità giudiziarie eventuali reati e nel contempo promuovere la tutela del minore.

Negli anni il Gruppo si è rafforzato nelle competenze, ma anche nella messa a punto di una prassi metodologica. Nel caso in cui al Pronto soccorso arrivi un bambino che si sospetta essere vittima di abusi e/o maltrattamenti, viene attivata la consulenza del GAIA che provvede alla presa in carico del minore e alla definizione del percorso assistenziale. Il GAIA può essere attivato anche dagli altri Servizi e Reparti dell'Ospedale pediatrico, così come direttamente dalle Autorità giudiziarie, dagli altri ospedali, dai servizi esterni all'ospedale, da pediatri e medici di libera scelta, dalle scuole. Anche la famiglia del bambino può ricorrere direttamente al Servizio, tramite contatto telefonico con la coordinatrice.

Un importante obiettivo raggiunto in questi anni è stata la collaborazione con le Autorità giudiziarie al fine di definire procedure condivise per la rilevazione/ segnalazione, diagnosi, cura nell'iter giudiziario del minore sospetto vittima di abuso e/o maltrattamento.

Nell'ambito del rapporto di collaborazione con l'Autorità giudiziaria, gli psicologi del GAIA offrono la propria disponibilità ad effettuare il sostegno e l'accompagnamento del minore all'interno del percorso giudiziario che verrà attivato. Tale accompagnamento ha lo scopo di informare adeguatamente il bambino circa l'iter giudiziario in cui sarà coinvolto e di sostenere il minore nell'affrontare l'esperienza giudiziaria per impedire che questa costituisca per lui una nuova occasione di vittimizzazione.

Dal mese di novembre 2012 l'AOU Meyer con il GAIA rappresenta uno dei soggetti promotori del Progetto del Dipartimento per le Pari Opportunità, "Modelli di percorso per la protezione, la cura e il reinserimento sociale di soggetti minorenni vittime di abuso e sfruttamento sessuale" insieme al Comune di Firenze e l'Associazione Artemisia. Tale progetto, denominato Alisei, si pone come obiettivo operativo quello di definire procedure e strumenti condivisi che facilitino il coordinamento tra settore sociale, sanitario e giudiziario al fine di ottimizzare la gestione delle situazioni di abuso e sfruttamento sessuale nell'intero percorso della presa in carico, dalla segnalazione al trattamento.

L'AOU Meyer con il GAIA è partner del progetto regionale "CON-TRAT-TO" (contro la tratta in Toscana).

Dal mese di gennaio 2013 l'AOU Meyer è coinvolta nell'attuazione della seconda fase del “Progetto regionale per gli interventi a favore delle fasce deboli di popolazione sottoposte a violenze - Codice rosa”.

Inoltre, a sostegno delle attività del GAIA, è stato finanziato dalla Commissione Europea, un progetto europeo, presentato sul bando DAPHNE III, in tema di abusi e violenza su bambini e adolescenti coordinato dall'AOU Meyer.

Il GAIA negli anni ha notevolmente aumentato il carico di lavoro passando da circa 20 casi/anno registrati negli anni 2005, 2006, 2007 a 70 casi nel 2012 e 43 registrati solo nel I semestre 2013 (**Tabella 7.4**). Complessivamente, l'analisi per genere non mostra particolari differenze negli accessi con il 52,1% delle femmine che risultano, per il 64,9%, di nazionalità italiana. Nei maschi, pur confermando la maggior prevalenza d'italiani, la percentuale si riduce (57,5%). I dati per età non presentano particolari difformità.

Tabella 7.4
Distribuzione complessiva degli accessi al GAIA per genere, tipologia di atto subito e provenienza – anni 2008 – I° semestre 2013

Anno	Casi	Maschi	Femmine	Abuso sessuale	Maltrattamento	Italiani	Stranieri
	N	%	%	%	%	%	%
2008	21	38	62	48	52	76	24
2009	49	43	57	31	69	61	39
2010	67	51	49	34	66	67	33
2011	84	46	54	44	56	57	43
2012	70	47	53	40	60	60	40
I° semestre 2013	43	58	42	9	91	56	44

Ciò che invece appare evidente è la diversa tipologia di atti subiti. Nel genere femminile, infatti, prevalgono gli abusi sessuali che rappresentano il 43,3% rispetto al 20,6% osservato nel genere maschile. Dato che s'inverte se prendiamo in esame i maltrattamenti (79,4% vs 51,7%) (**Tabella 7.5**).

Il fenomeno presenta caratteristiche simili indipendentemente dal paese di provenienza ma, mentre nel genere maschile non sono presenti differenze fra italiani e stranieri, nelle femmine sono le bambine straniere a subire maggiormente abusi sessuali (55,7% vs 44,2%) mentre le italiane vengono sottoposte a maltrattamenti (55,8% vs 44,3%).

Tabella 7.5

Distribuzione degli accessi al GAIA per tipologia di atto subito e Paese di provenienza
Analisi per genere – Anni 2008 – I semestre 2013

Anno	Genere	Abuso sessuale			Maltrattamento			Abuso sessuale		Maltrattamento	
		n	n	%	n	n	%	Italiani	Stranieri	Italiani	Stranieri
	Maschi										
2008		8	2	25	6	75		1	1	5	1
2009		21	4	19	17	81		3	1	9	8
2010		34	7	20,6	27	79,4		5	2	15	12
2011		39	15	38,5	24	61,5		10	5	14	10
2012		33	5	15,2	28	84,8		2	3	15	13
I° semestre 2013		25	0	0	25	100		0	0	13	12
Totali		160	33	20,6	127	79,4		21	12	71	56
Femmine											
2008		13	8	61,5	5	38,5		6	2	4	1
2009		28	11	39,3	17	60,7		7	4	11	6
2010		33	16	48,5	17	51,5		13	3	12	5
2011		45	22	48,9	23	51,1		9	13	15	8
2012		37	23	62,2	14	37,8		13	10	12	2
I° semestre 2013		18	4	22,2	14	77,8		2	2	9	5
Totali		174	84	48,3	90	51,7		50	34	63	27

Capitolo 8

Formazione alla medicina di genere

8. La formazione alla medicina di genere

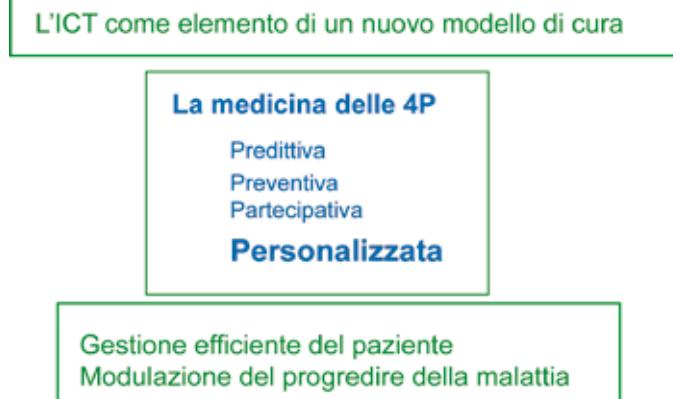
Gian Franco Gensini - Università degli Studi di Firenze, AOU Careggi

Il 7º Programma Quadro dell'Unione Europea ha dato evidenza alla necessità di sostenere la medicina delle “4P”. 4P sta per medicina preventiva, predittiva, partecipativa e personalizzata, e la **Figura 8.1** acclusa mostra come, in funzione dello sviluppo e della crescente fruibilità della *Information Communication Technology* (ICT), gli elementi che corrispondono alle 4P oggi si ritengano centrali per la cura.

Figura 8.1
Schema *Information Communication Technology*

Uno Scenario in evoluzione

Le cure mediche con il sostegno dell'ICT (Information Communication Technology)



Le 4P prevedono la gestione efficiente del paziente in funzione dei suoi problemi clinici nell'ottica della personalizzazione delle cure.

Il concetto di “medicina personalizzata” è ampio, e si estende ai vari elementi della personalizzazione che si possono definire di etnia, di gruppo, e di persona. Certamente la medicina di genere rappresenta un elemento essenziale di personalizzazione primordiale, che riveste una importanza centrale in una medicina che nei fatti ha avuto, anche in relazione, negli ultimi vent'anni, all'affermarsi della medicina basata sulle evidenze, costante attenzione a prove di efficacia solide.

La medicina basata sulle evidenze, anche se i suoi principi sempre stati, nelle varie epoche della medicina, alla base delle cure più opportune, è stata definita e dichiarata esplicitamente, e poi sistematizzata a partire da ventuno anni fa, quando fu pubblicato l'articolo seminale di David Sackett dal titolo *Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine*.

Da allora l'attenzione alla valutazione rigorosa delle evidenze ha rappresentato esplicitamente un principio centrale della medicina, ma l'attenzione si è rivolta essenzialmente a evidenze generali, ottenute su popolazioni miste di genere diverso. Fino ad epoche molto recenti la ricerca delle evidenze è stata svolta con approcci non centrati sulla persona o sulle differenze di genere, ma rivolta alla ricerca di prove di efficacia elementari e generali. Tuttavia l'analisi accurata delle evidenze in rapporto al genere può rappresentare per tutta una serie di motivi, come è stato assai bene illustrato dagli autorevoli clinici autori di quest'opera, un elemento fondamentale per la personalizzazione del trattamento.

Non potendo prescindere dalla realtà sanitaria ed economica in cui ci troviamo, un approccio alla formazione proattivo nei confronti delle problematiche e delle differenze di gruppo e personali deve obbligatoriamente proporsi di individuare i determinanti che hanno un ruolo chiave nell'influenzare lo stato di salute dell'individuo, sia nell'immediato sia nel futuro, in modo da identificare le priorità e pianificare una strategia terapeutica e assistenziale adeguata alle necessità di ciascuna persona.

Con l'evoluzione del progresso tecnologico e conoscitivo, sempre più spesso il personale sanitario si trova ad agire in situazioni di incertezza, senza il supporto di linee guida o raccomandazioni in grado di indirizzarlo nella specifica situazione che sta fronteggiando, spesso in condizioni di urgenza e sotto la pressione del tempo.

La sfida e il compito di cui la formazione all'approccio sistematico alla medicina si deve fare carico è quindi duplice: da un lato l'acquisizione delle conoscenze che possano permettere di gestire l'attuale incertezza di fronte alla singola persona ammalata, con lo scopo di passare da una medicina impersonale, incentrata sulla cura della singola malattia, ad una medicina che identifica nel malato l'obiettivo prioritario, rispettando e valorizzando le differenze di genere; dall'altro quello di vagliare e di condividere, in sintonia con la persona ammalata, le possibili opzioni diagnostiche e terapeutiche, precisandone le specifiche differenze di genere, con valori probabilistici differenti nei due generi, come avviene in non poche condizioni, quali certamente quelle cardiovascolari.

Nel campo cardiovascolare la largamente dimostrata e confermata esistenza di marcati svantaggi per il genere femminile sia in senso diagnostico che terapeutico indica la necessità di un forte impegno formativo sia per i medici e gli altri professionisti della sanità, sia per le cittadine e le ammalate.

Quindi, di fronte ad una problematica clinica che riguarda una persona di genere femminile, la prima attenzione che dobbiamo avere è quella a valutare se le evidenze che esistono, a livello diagnostico e terapeutico, sono state ottenute anche specificamente per il genere femminile. E nella formazione questa attenzione è particolarmente necessaria. Oggi la consapevolezza degli svantaggi che la medicina di genere purtroppo ha offerto e continua ad offrire in tutte le valutazioni che si compiano sulle modalità per affrontare problemi che riguardano il genere femminile rende imperativa l'attenzione, a livello della formazione, alla persona anche in relazione al genere.

Tipico in questo senso è il caso della protezione da parte dell'aspirina nei confronti degli eventi cardiovascolari ischemici. Negli anni '70 la scarsa presenza delle donne nelle casistiche relative a eventi ischemici cardiovascolari fece mettere in dubbio l'effetto protettivo dell'aspirina nelle donne (Barnett 1979), e più recentemente in prevenzione primaria esistono convincenti evidenze di differenze di genere nella protezione da parte dell'aspirina (Ridker 2005).

Risulta chiara quindi la necessità di trasmettere la specifica attenzione per il genere alla formazione nei suoi diversi aspetti, che oggi si articolano in direzioni ed in modalità diverse e ormai affermate quali quella del problem solving, per problemi semplici e per problemi complessi, dell'insegnamento per processi, e del corrispondente *team learning*.

Se poi consideriamo la *system medicine*, cioè l'attenzione a quanto nelle varie affezioni i diversi sistemi del nostro organismo vengono impegnati, le sue basi parlano chiaramente contro l'uso di evidenze che non tengano conto delle differenze di genere che sono in grado, come è noto dall'epidemiologia, di fare sì che la stessa condizione possa risultare assai diversa per diagnostica, progressione clinica e terapia appropriata nel genere femminile e nel genere maschile.

Ne deriva quindi la necessità di individuare già dai primi anni dei corsi di laurea sia in medicina e chirurgia, sia in infermieristica, sia nelle altre professioni sanitarie, momenti della formazione in cui si ricordi che le evidenze che noi in epoca di medicina delle evidenze siamo abituati ad utilizzare, solo molto parzialmente sono garantite in senso formale da evidenze valide anche per il genere femminile, e l'estensione al genere femminile delle evidenze rappresenta una estrapolazione certamente verosimile in base alle caratteristiche biologiche del genere maschile e femminile, ma non corroborate da evidenze specifiche.

Se è vero, come indica la teoria dei sistemi complessi, che nei sistemi complessi il tutto è più della somma delle parti, come citato anche nella definizione della medicina di genere di questo volume, credo che sia necessario che l'attenzione del giovane studente alle differenze di genere debba proprio nascere dal fatto che quando si valuta il valore aggiunto del complesso in realtà questo valore aggiunto può essere non identico se pensiamo al genere maschile e al genere femminile in particolare, come è noto, nell'età fertile.

La necessità che ne emerge oggi chiaramente è quella di introdurre all'interno del nostro sistema formativo una serie di elementi per cui l'attenzione alle differenze di genere esistenti sia regolarmente e sistematicamente oggetto di formazione. In alcuni settori esistono, come nel cardiovascolare, chiare evidenze di difetto di trattamento, di approccio diagnostico, di gestione complessiva quando si tratta del genere femminile (Valente et al, 2012). L'obiettivo di una formazione adeguata dovrà essere quello di garantire l'equità di approccio, diagnostico, valutativo e terapeutico, in modo da giungere nella formazione complessiva in ciascuna delle specialità, nella medicina interna e nella geriatria ad inserire un gruppo di momenti formativi che affronti specificamente il problema delle differenze

di genere. Nella formazione dovranno essere sottolineate le evidenze differenziali di genere già rilevate, le aree grigie dove ancora le evidenze non esistono o sono ambigue e le aree in cui invece possiamo già in base alle evidenze esistenti sapere e quindi sapere utilizzare questo sapere in modo operativo. Il continuo accrescere delle conoscenze e la comparsa delle nuove evidenze potranno progressivamente consentirci di inserire in ciascuno dei momenti formativi clinici elementi specifici di evidenza di genere.

Bibliografia

- Barnett HJM (1979). Cerebrovascular disease (T.R. Price and C. Nelson Eds): 221 – 236. Raven Press, New York
- Guyatt G et al. (1992) Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. JAMA;268(17):2420-2425.
- Valente S et al. (2012). Gender-related difference in ST-elevation myocardial infarction treated with primary angioplasty: a single-centre 6-year registry. Eur J of Prev Cardiol;19:233-240
- Ridker P et al. (2005). A Randomized Trial of Low-Dose Aspirin in the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Women. N Engl J Med; 352:1293-130.

I precedenti numeri della collana dei Documenti ARS

- 73) *Rapporto Crisi economica, stato di salute e ricorso ai servizi in Toscana* (ottobre 2013)
Osservatorio di Epidemiologia, Osservatorio Qualità ed Equità
- 72) *Nascere in Toscana - Anni 2008-2011* (settembre 2013)
Osservatorio di Epidemiologia
- 71) *La salute dei detenuti in Toscana* (giugno 2013)
Osservatorio di Epidemiologia
- 70) *Il reprocessing in endoscopia digestiva: criticità e strumenti per la sicurezza del percorso* (febbraio 2013)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 69) *Il percorso riabilitativo delle persone con gravi cerebrolesioni acquisite e dei loro familiari alla luce dell'approccio delle capability di Amartya Sen - Rapporto di ricerca* (dicembre 2012)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 68) *La salute mentale in Toscana: aggiornamenti e sviluppi* (novembre 2012)
Osservatorio di Epidemiologia
- 67) *Il profilo di salute degli anziani in Toscana* (settembre 2012)
Osservatorio di Epidemiologia
- 66) *Indagine europea sui consumi alcolici e sui possibili danni ad essi correlati: rapporto sullo studio Standardizing Measurement of Alcohol-Related Troubles - SMART* (agosto 2012) Osservatorio di Epidemiologia
- 65) *Gli anziani in Toscana con ictus e frattura di femore: epidemiologia, ospedalizzazione e riabilitazione* (aprile 2012)
Osservatorio di Epidemiologia
- 64) *Comportamenti a rischio e stili di vita dei giovani toscani - I risultati delle indagini EDIT 2005 - 2008 - 2011* (dicembre 2011)
Osservatorio di Epidemiologia
- 63) *L'epidemiologia della salute mentale* (novembre 2011)
Osservatorio di Epidemiologia
- 62) *La demenza in Toscana* (settembre 2011)
Osservatorio di Epidemiologia

- 61) *La fase pilota del progetto "Assistenza continua alla persona non autosufficiente in Toscana"* (luglio 2011)
Osservatorio di Epidemiologia
- 60) *L'epidemiologia degli incidenti balneari in Toscana* (giugno 2011)
Osservatorio di Epidemiologia
- 59) *Individuazione e implementazione di un sistema di accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari integrati della persona con disabilità* (giugno 2011)
Osservatorio di Epidemiologia
- 58) *Immigrazione e salute in Toscana* (giugno 2011)
Osservatorio di Epidemiologia
- 57) *La prevenzione della disabilità nell'anziano fragile: i progetti pilota* (aprile 2011) Osservatorio di Epidemiologia
- 56) *Medicine complementari, discipline bio-naturali e del benessere nella popolazione toscana* (febbraio 2011)
Osservatorio di Epidemiologia
- 55) *Progetto CORIST-TI - Controllo del rischio infettivo in Sanità in Toscana - Terapia Intensiva* (dicembre 2010)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 54) *Implantologia protesica dell'Anca in Toscana - Indicatori di attività e qualità dell'assistenza* (dicembre 2009 - aggiornato a ottobre 2010)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 53) *Dossier EBP e obesità* (novembre 2010)
Osservatorio di Epidemiologia
- 52) *Polmonite acquisita in ospedale (HAP) e Polmonite da ventilazione assistita (VAP)* (dicembre 2009 - aggiornato a novembre 2010)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 51) *Qualità, Equità e Sicurezza in RSA - Un Progetto regionale in Toscana* (dicembre 2009 - aggiornato a luglio 2010)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 50) *Il bisogno socio-sanitario degli anziani in Toscana: i risultati dello studio epidemiologico BiSS* (dicembre 2009)
Osservatorio di Epidemiologia
- 49) *L'epidemiologia degli incidenti stradali in Toscana* (dicembre 2009)
Osservatorio di Epidemiologia

- 48) *La banca dati MaCro delle malattie croniche in Toscana* (dicembre 2009)
Osservatorio di Epidemiologia
- 47) *Progetto SAPeR - Fase 2 - Rapporto finale di ricerca* (dicembre 2009)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 46) *III Convegno nazionale sul monitoraggio degli incidenti stradali* (dicembre 2009) Osservatorio di Epidemiologia
- 45) *Nascere in Toscana - Anni 2005-2007* (novembre 2009)
Osservatorio di Epidemiologia
- 44) *Guida, bevande alcoliche e traumi stradali nei pronto soccorso dell'area fiorentina* (ottobre 2009)
Osservatorio di Epidemiologia
- 43) *La salute mentale degli adulti e la tutela della salute mentale nell'infanzia e adolescenza* (febbraio 2009)
Osservatorio di Epidemiologia
- 42) *Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione - Metodi di sorveglianza e ipotesi di lavoro* (dicembre 2008)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 41) *Comportamenti a rischio e stili di vita dei giovani toscani: i risultati delle indagini EDIT* (novembre 2008)
Osservatorio di Epidemiologia
- 40) *Il Progetto SAPeR - Fase II. Strumenti e metodi di lavoro: risultati preliminari (Workshop Summary)* (luglio 2008)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 39) *Malattie croniche degli anziani in Toscana: stime di popolazione attuali e proiezioni future* (giugno 2008)
Osservatorio di Epidemiologia
- 38) *Indicatori per le cure sanitarie* (aprile 2008)
Osservatorio di Epidemiologia
- 37) *I ricoveri pediatrici in Toscana* (dicembre 2007)
Osservatorio di Epidemiologia
- 36) *Indicatori di attività e qualità dell'assistenza in Chirurgia dell'anca - Rapporto RI-PO-T* (dicembre 2007)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 35) *Indicatori di attività e qualità dell'assistenza in Cardiochirurgia - Rapporto 1997-2005* (dicembre 2007)
Osservatorio Qualità ed Equità

- 34) *Anziani in Toscana: dati demografici e stime di demenza e non autosufficienza* (giugno 2007)
Osservatorio di Epidemiologia
- 33) *Indicatori per la valutazione di adesione alle linee guida - Volume I - Manuale d'uso per le aziende* (luglio 2007)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 32) *Progetto SAPerE - Il percorso di cura dell'ictus nelle parole dei pazienti e dei loro familiari* (giugno 2007)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 31) *Prevenzione e trattamento delle infezioni correlate al Catetere Venoso centrale (CVC)* (maggio 2007)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 30) *Il consumo di tabacco in Toscana: le prevalenze, le conseguenze sulla salute e le azioni di contrasto* (maggio 2007)
Osservatorio di Epidemiologia
- 29) *L'epidemiologia dell'AIDS in Toscana* (aprile 2007)
Osservatorio di Epidemiologia
- 28) *Risposta alle acuzie e ricovero psichiatrico - La ricerca PROGRES-Acuti* (marzo 2007)
Osservatorio di Epidemiologia
- 27) *Valutazione Economica di un programma per la vaccinazione contro la varicella nei bambini e negli adolescenti suscettibili* (marzo 2007)
Osservatorio di Epidemiologia
- 26) *Atti II Workshop nazionale - Osservatori per gli incidenti stradali: dai dati alle azioni* (gennaio 2007)
Osservatorio di Epidemiologia
- 25) *Essere mamma informata: allattamento al seno e SIDS* (gennaio 2007)
Ossevatorio di Epidemiologia
- 24) *L'assistenza ospedaliera e riabilitativa agli anziani in Toscana: ictus e frattura di femore* (giugno 2006)
Osservatorio di Epidemiologia
- 23) *La Cardiologia Interventistica in Toscana* (maggio 2006)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 22) *La Cardiochirurgia in Toscana* (maggio 2006)
Osservatorio Qualità ed Equità

- 21) *Nascere in Toscana - Anni 2002-2004* (febbraio 2006)
Osservatorio di Epidemiologia
- 20) *Dossier Fidippide - Valutazione di efficacia del Programma di sanità pubblica per l'avviamento all'attività sportiva agonistica e il periodico controllo sanitario di giovani al di sotto dei 35 anni* (dicembre 2005)
Osservatorio di Epidemiologia
- 19) *Registro regionale toscano dell'infarto miocardico acuto - Primo rapporto* (ottobre 2005)
Osservatorio di Epidemiologia
- 18) *Lo stato delle tossicodipendenze in Toscana* (ottobre 2005)
Osservatorio di Epidemiologia
- 17) *Mortalità per traumatismi e avvelenamenti in Toscana* (settembre 2005)
Osservatorio di Epidemiologia
- 16) *Assistenza di fine vita e cure palliative* (maggio 2005)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 15) *L'infortunistica stradale in Toscana* (maggio 2005)
Osservatorio di Epidemiologia
- 14) *Analisi di bilancio delle AUSL toscane 1998-2002* (aprile 2005)
Osservatorio di Economia sanitaria
- 13) *L'alcol in Toscana. Tra moderazione ed eccesso* (aprile 2005)
Osservatorio di Epidemiologia
- 12) *Il Percorso Nascita - Risultati dello studio in Toscana* (marzo 2005)
Osservatorio di Epidemiologia
- 11) *Ricoverarsi a Firenze. La georeferenziazione come strumento di analisi della mobilità* (settembre 2004)
Osservatorio di Epidemiologia
- 10) *Indicatori di qualità dell'assistenza agli anziani* (agosto 2004)
Osservatorio di Epidemiologia
- 9) *Nascere in Toscana - Anno 2001* (maggio 2004)
Osservatorio di Epidemiologia
- 8) *Medicine Non Convenzionali in Toscana Progetto di studio* (ottobre 2003)
Osservatorio di Epidemiologia

- 7) La Cardiologia Invasiva in Toscana - I (luglio 2003)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 6) *Progetto Indicatori di Qualità - Fase pilota - Dialisi* (giugno 2003)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 5) Progetto Indicatori di Qualità - Fase pilota - Gestione Tecnologie Sanitarie (giugno 2003)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 4) *Valutazione di impatto sanitario del Piano provinciale di gestione dei rifiuti urbani e assimilati ATO N. 6. Fase di screening - I* (maggio 2003)
Ossevatorio di Epidemiologia
- 3) *La Neurochirurgia in Toscana* (aprile 2003)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 2) *La Cardiochirurgia in Toscana - I* (dicembre 2002)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 1) *Programmazione dei servizi per gli anziani in Toscana* (settembre 2002)
Ossevatorio di Epidemiologia