



Appendice

Profilo Donna

Profilo Donna

Questa parte della Relazione Sanitaria “Profilo Donna” si propone di mettere a fuoco e di fornire, altresì, un quadro informativo d’insieme sulle principali aree d’interesse per la salute dell’universo femminile.

A livello mondiale, ma anche nazionale è sempre più evidente l’esigenza di attuare un’efficace politica di promozione della salute distinta per genere; promozione che, in quanto tale, abbisogna oltre che di dati sulla prevalenza di malattie e disturbi nei due sessi, anche di informazioni sulla loro realtà di vita, sui diversi ruoli lavorativi, la diversa esposizione a rischi per la salute.

Più di recente, il report annuale dello IOM (*Institute of Medicine*) su *Understanding the biology of sex and gender differences* ha rilevato, nelle proprie conclusioni, che la differenza di genere apre interrogativi su molte problematiche che finora non sono state neppure immaginate. La salute delle donne è cambiata anche perché è cambiato il loro ruolo sociale. Oggi la donna è *overcommitted*: si confronta, cioè, con un carico di impegni maggiore rispetto a quelli che è in grado di gestire. Molte donne devono fare i conti con la fretta, con una maggiore ansia, un aumento dello stress e i disturbi correlati. I disturbi psichiatrici sono in netta prevalenza femminili e le malattie cardiocircolatorie sono diventate la prima causa di morte per le donne. Il detto comune per cui l’infarto era definito *the widow maker disease* (la malattia che rende vedove), oggi non vale più.

Un documento dell’OMS (Dipartimento per la salute della donna) su *gender and health* evidenzia l’importanza e la complessità del tema della diversità femminile, sottolineandone l’ancora sostanziale misconoscenza e sottovalutazione. Il corso naturale delle malattie - afferma il documento - può essere diverso nell’uomo e nella donna; l’uomo e la donna stessi spesso rispondono diversamente alle malattie. Il documento evidenzia anche la presenza di rilevanti pregiudizi nella ricerca medica, recitando testualmente: “Sempre più, oggi, appare evidente che la ricerca medica è sempre stata condizionata dal genere. Gli argomenti scelti, i metodi utilizzati e la successiva analisi dei dati riflettono una prospettiva maschile in più sensi (...). Il pregiudizio di genere è evidente non solo nella scelta dei temi, ma anche nel disegno di molte ricerche. Nei casi in cui le stesse malattie colpiscono uomini e donne, molti ricercatori hanno ignorato le possibili differenze tra i sessi per quanto riguarda gli indicatori diagnostici, i sintomi, le prognosi e l’efficacia relativa di trattamenti differenti (...). Fin quando i ricercatori considereranno gli uomini come la norma, la cura medica offerta alle donne continuerà ad essere compromessa”.

È ancora reale la sottovalutazione dei bisogni di salute della donna nell’ambito della ricerca e della sperimentazione clinica e farmacologica che, centrata sull’uomo e sulla sua realtà biologica e sociale, impedisce di cogliere diversità e differenze, nonostante si vadano sempre più affermando evidenze scientifiche relative alle disomogeneità di comportamento e di risposta terapeutica dei farmaci in funzione del sesso.

La vita di una donna è influenzata da una molteplicità di fattori diversi capaci di incidere profondamente sulla preservazione dello stato di salute. Alcuni sono di natura sociale, culturale, economica, altri di natura biologica.

Una maggiore attenzione alle problematiche connesse alla salute della donna e alla sua peculiarità si è evidenziata negli ultimi anni, tanto che nel PSN 2006 - 2008 si fa riferimento ad alcune patologie che hanno particolare impatto sulla popolazione femminile, come, ad esempio, l’osteoporosi (il 23% delle donne oltre i 40 anni e il 14% degli uomini oltre i 60 anni – Rapporto OSMED 2004); sono previste iniziative per promuovere la

prevenzione dei tumori al seno e all'utero, ma soprattutto la donna è considerata il focus su cui incentrare Campagne di comunicazione per la prevenzione di alcune patologie connesse agli stili di vita (fumo, alimentazione, attività fisica), per il suo ruolo fondamentale nel controllo diretto sui fattori di rischio legati alla vita quotidiana.

Considerata l'importanza della tematica e tenuto conto di quanto sopra anche a livello provinciale si è ritenuto opportuno dedicare nell'edizione 2005 della Relazione sanitaria una parte alla donna, in cui viene evidenziato un profilo sanitario femminile, descritta la domanda sanitaria e i bisogni di salute della donna.

Spesso si dice che le donne siano colpite dal paradosso sanitario che le fa vivere di più, ma comunque più colpite da patologie invalidanti e infatti, oltre che registrare oggettivamente percentuali maggiori di prevalenza per almeno una malattia cronica, anche a livello soggettivo le donne si lamentano di più del loro stato di salute, sottolineando la delicatezza del rapporto donna-salute. Le donne ricorrono ai farmaci in percentuale superiore all'uomo ma paradossalmente sino ad oggi questo aspetto ha ricevuto scarsa attenzione poiché gli studi clinici che includevano le donne erano rari.

In Provincia di Bolzano, gli indicatori socio-sanitari analizzati confermano queste condizioni generali per le donne nei confronti del mondo sanitario:

- Speranza di vita alla nascita per le donne di 83,9 anni contro i 77,6 anni per gli uomini.
- Donne affette da almeno una malattia cronica pari al 23,5% dell'intera popolazione femminile, contro il 19,2% degli uomini.
- 18,8% percentuale di donne che considera il proprio stato di salute non buono, mentre è pari al 12,4% l'analoga percentuale maschile.
- Donne con almeno una prescrizione farmaceutica pari al 70%, contro il 50,5% degli uomini.

Rispetto alle altre realtà italiane, una mortalità più bassa (un otto per mille contro quasi un dieci registrato a livello nazionale), tassi di fecondità più elevati (1,5 figli per donna in Provincia di Bolzano contro 1,2 della media italiana) e una discreta attenzione alla prevenzione e a stili di vita salubri (percentuali più basse di donne in sovrappeso e abitudini alimentari "insalubri" più contenute, ma purtroppo percentuali di fumatrici maggiori rispetto al resto d'Italia) caratterizzano comunque un quadro positivo della salute delle donne altoatesine.

Nell'ambito della salute riproduttiva, una determinante fondamentale che non può essere trascurata è la cittadinanza.

Età media al parto per cittadine straniere di 29,1 anni contro i 31,5 delle cittadine italiane.

Prima visita in gravidanza oltre l'undicesima settimana di gestazione per almeno una donna straniera su tre, contro un 17% delle donne italiane.

Rapporto di abortività di 250 ogni 1.000 nati da madre straniera, contro un 83,2 per mille nati da madre italiana.

Il numero di donne straniere, prevalentemente giovani, è in continua crescita in provincia, e sicuramente pone nuove domande sul sistema sanitario e assistenziale nel campo della tutela della maternità e dell'infanzia.

1. TREND DEMOGRAFICO E SOCIALE

1.1. STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

In Provincia di Bolzano le donne rappresentano il 50,6% dell'intera popolazione. Questa percentuale è più bassa sia rispetto al valore nazionale (51,4%) che rispetto al valore medio dell'Unione Europea (51,2%) e questo perché la struttura demografica altoatesina è mediamente più giovane. Infatti, a partire da un rapporto biologico costante dei sessi alla nascita a favore della popolazione maschile (nel 2005, ad esempio, ogni 100 neonati maschi si sono registrate 93 neonate femmine), la prevalenza femminile si accentua in modo significativo solo dopo i 55/60 anni, arrivando ad avere fino a tre donne ogni uomo nella popolazione over 85 anni.

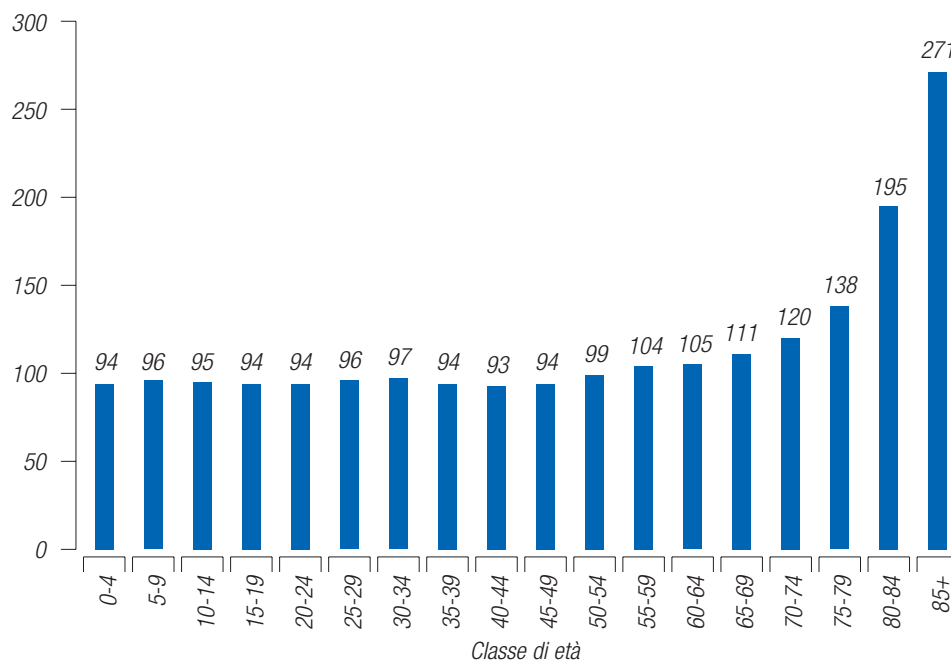
Tabella 1: **Popolazione femminile sul totale della popolazione nei paesi dell'Unione Europea – Anno 2000**

Paese	Totale Popolazione*	Numero di Donne*	Donne in %
EU 25	451.265	231.213	51,2
Lettonia	2.379,9	1.284,5	54,0
Estonia	1.372,1	739,4	53,9
Lituania	3.512,1	1.867,8	53,2
Ungheria	10.221,6	5.356,4	52,4
Portogallo	10.198,2	5.278,8	51,8
Austria	8.002,2	4.133,9	51,7
Italia	57.679,9	29.676,6	51,5
Francia	58.748,7	30.215,3	51,4
Polonia	38.653,6	19.870,2	51,4
Slovacchia	5.398,7	2.773,6	51,4
Repubblica Ceca	10.278,1	5.277,0	51,3
Germania	82.163,5	42.072,7	51,2
Finlandia	5.171,3	2.648,3	51,2
Slovenia	1.987,8	1.017,0	51,2
Belgio	10.239,1	5.233,1	51,1
Spagna	39.733,0	20.297,2	51,1
Cipro	690,5	350,8	50,8
Lussemburgo	435,7	221,1	50,8
Regno Unito	59.623,4	30.252,8	50,7
Grecia	10.554,4	5.354,6	50,7
Danimarca	5.330,0	2.695,9	50,6
Svezia	8.861,4	4.481,3	50,6
Paesi Bassi	15.864,0	8.017,7	50,5
Malta	388,8	196,3	50,5
Irlanda	3.776,6	1.901,3	50,3
Alto- Adige (2000)	464,5	235,4	50,7
Alto- Adige (2005)	481,1	243,3	50,6

* Valori in migliaia

Fonte: Eurostat, ASTAT

Figura 1: Numero di donne ogni 100 uomini – Provincia di Bolzano, anno 2005



Fonte: ASTAT

L'elevato rapporto di femminilità nelle classi di età più anziane è anche in parte il risultato di una differente speranza di vita tra uomini e donne. Infatti, in Provincia di Bolzano, in linea con i valori sia nazionali che europei, le donne vivono mediamente 6 anni in più rispetto agli uomini (nel 2004 la speranza di vita alla nascita per una donna altoatesina era di 83,9 anni contro i 77,6 anni per l'uomo).

Rispetto alla popolazione straniera, invece, contrariamente alla popolazione complessiva, si registra, sempre per il 2004, una prevalenza maschile, dove le donne straniere rappresentano solo il 48,1% del totale. Questa percentuale è andata comunque notevolmente aumentando negli anni, mostrando un graduale passaggio da un insediamento della popolazione straniera individuale a quello familiare.

1.2. PRINCIPALI CAUSE DI MORTE

Rispetto alla popolazione totale, la mortalità femminile è più bassa di quella maschile; spesso si dice che le donne siano colpite dal paradosso sanitario che le fa vivere di più, ma comunque più colpite da patologie invalidanti.

Il tasso generico di mortalità in Italia nel 2002 è stato per le donne italiane di 953,5 casi ogni 100mila abitanti (1.009,1 per gli uomini). Tassi generici femminili leggermente più bassi rispetto a quelli maschili anche in Provincia di Bolzano dove però una struttura demografica più giovane e le buone condizioni di salute diminuiscono sensibilmente i valori rispetto alla media nazionale, delineando tra il resto, negli anni, una convergenza per entrambi i sessi attorno all'otto per mille.

Tabella 2: **Principali cause di morte per classe di età della popolazione femminile in Provincia di Bolzano – Anno 2002**

Classe di età	Principali cause di morte	%
15-29	Cause esterne	70,0
30-44	Tumori	53,3
45-59	Tumori	65,1
60-69	Tumori	52,6
70-79	Malat. Sist. Circolatorio	42,9
80+	Malat. Sist. Circolatorio	61,9
TOTALE	Malat. Sist. Circolatorio	52,4

Fonte: Registro provinciale di mortalità

Le cause di morte si trovano diversamente rappresentate nelle diverse età. Confrontando le principali cause di morte della popolazione femminile altoatesina rispetto a quella nazionale, l'andamento per età rimane pressoché uguale.

Nella classe di età più giovane (15-29 anni) - dove peraltro il numero dei morti è contenuto (48 decessi nel territorio altoatesino) - rivestono maggiore importanza le cause esterne (incidenti stradali ed altre cause accidentali). Nelle altre tre classi di età analizzate (dai 30 ai 69 anni) i tumori rimangono la prima causa di morte, con percentuali particolarmente elevate nella classe 45-59 anni. A partire dai 70 anni, invece, le malattie del sistema circolatorio costituiscono la prima causa di morte.

1.3. FAMIGLIA E LAVORO

Il quadro generale della società rileva sempre più fasi di forti cambiamenti. Da quando nuovi modelli comportamentali si sono affermati nella nostra cultura, gli analisti sociali hanno un bel da fare per capire e spiegare le nuove tendenze.

Sono soprattutto il calo dei matrimoni e il calo dei tassi di natalità a far emergere una realtà altoatesina perfettamente allineata a quella nazionale e dell'Europa più progredita, anche se, nonostante questi dati, ancora oggi un gran numero di donne, soprattutto in Provincia di Bolzano, sceglie la famiglia.

I tassi di nuzialità hanno registrato una contrazione notevole (in Provincia di Bolzano si è passati da un tasso pari a 5,9 ogni 1.000 abitanti nel 1990 per scendere a 4,0 nel 2003) in concomitanza con un innalzamento dell'età media femminile al primo matrimonio (da 26 a 31 anni), proporzionalmente a quella maschile (da 29 a 34 anni). Si rileva un netto aumento delle convivenze (nel 2000 l'ISTAT stimava che il 12,8% dei giovani preferisce convivere prima del matrimonio e che generalmente la convivenza dura 4 anni prima delle nozze). I matrimoni celebrati con rito civile hanno superato quelli con rito religioso (nel 2003 il 57,7% dei matrimoni altoatesini è stato di tipo civile); sempre nel 2003 le separazioni sono state il doppio di quelle pronunciate nel 1990, anche se con valori leggermente più contenuti rispetto alla media europea, mentre i divorzi hanno registrato un lieve aumento, incrementando conseguentemente il numero di famiglie monoparentali.

**MATRIMONI E
SEPARAZIONI**

**COMPORAMENTO
RIPRODUTTIVO**

Tabella 3: Indicatori demografici di nuzialità – Provincia di Bolzano, anni 1990-2003

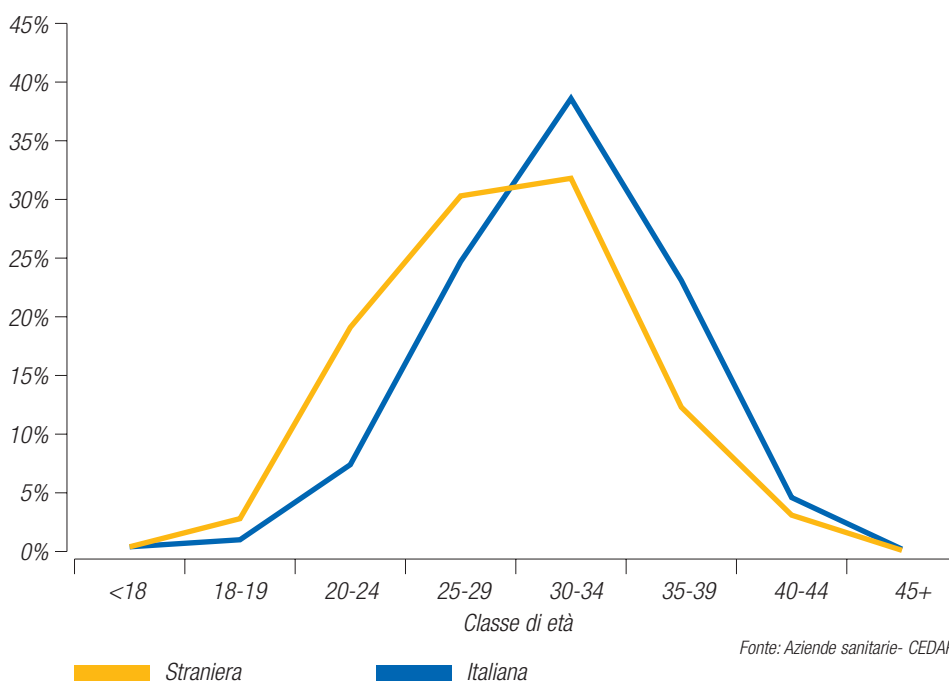
Anni	Tasso di nuzialità	Matrimoni civili (%)	Tasso di divozialità	Tasso di separabilità
1990	5,9	38,1	0,6	0,7
1993	5,3	39,3	0,6	0,8
1995	5,5	39,6	0,6	1,1
1998	4,5	42,0	0,7	1,3
2000	4,6	49,0	0,7	1,1
2003	4,0	57,7	0,8	1,4

Fonte: ASTAT

Si può quindi affermare che non esiste più un unico modello familiare; gli studi sociali e la stessa osservazione della realtà quotidiana mostrano che anche le famiglie tradizionali sono cambiate e sicuramente questo è dovuto, in parte, al passaggio che si è avuto negli ultimi decenni da un'autorità indiscussa del padre capofamiglia ad una realtà sempre più policentrica, che vede crescere la parità e il rispetto reciproco tra i coniugi e l'autorevolezza femminile nelle relazioni con i figli.

Un'ulteriore conseguenza delle nuove strutture familiari e dei nuovi stili di vita, che riguardano anche un maggiore livello di istruzione e un maggiore coinvolgimento lavorativo delle donne, è, a fronte della caduta dei livelli di fecondità (circa 1,5 figli per donna nel 2004, registrando un calo del 45% rispetto agli anni '70), l'innalzamento dell'età media della madre dovuto a posticipazioni delle scelte procreative. Nel 2005 l'età media delle mamme altoatesine al parto è stata di 31,1 anni (agli inizi del 1980 era di soli 27,8 anni). L'età delle madri con precedenti parti (multipare) è stata di 32,3 anni, mentre quella delle madri nullipare di 29,5 anni. Notevoli differenze si riscontrano distinguendo le donne per cittadinanza: per le madri altoatesine cittadine italiane si è registrata un'età media al parto di 31,5 anni, che scende a 29,1 anni per le cittadine altoatesine straniere (distribuzioni per fasce di età differenti soprattutto nelle classi di età estreme).

Figura 2: Età della madre al parto per classe di età e cittadinanza – Provincia di Bolzano, anno 2005



Fonte: Aziende sanitarie- CEDAP

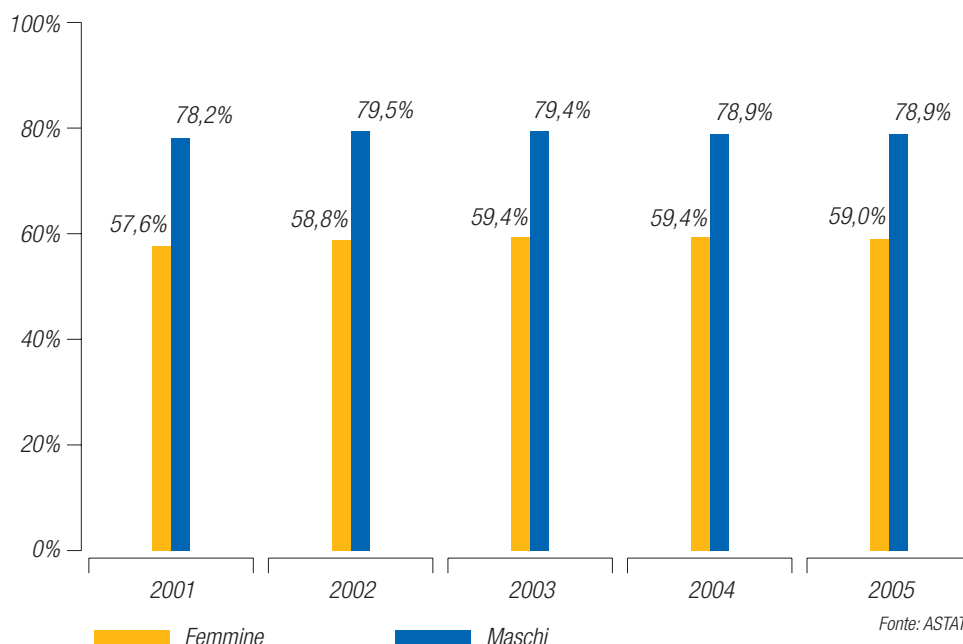
LAVORO

Negli ultimi anni il tasso d'attività femminile ha registrato valori in aumento, rimanendo forte la pressione sul mercato del lavoro delle donne che, avendo raggiunto generalmente alti livelli d'istruzione e qualificazione (si pensi che attualmente dei giovani altoatesini iscritti presso le università il 55% circa è rappresentato da donne), non intendono abbandonarlo con il matrimonio o con la maternità.

A livello nazionale, secondo l'ISTAT, nel 2004 la componente femminile ha contribuito in misura maggiore rispetto a quella maschile all'espansione della base occupazionale, anche se in misura più contenuta rispetto agli anni precedenti. L'incidenza delle donne sul totale degli occupati ha raggiunto nel 2004 il 40,3%, rimanendo però ampio il divario del nostro Paese in confronto all'incidenza dell'occupazione femminile nell'area UE-15 (43,5% nel 2003) e nelle altre grandi economie europee (45,7% in Francia, 44,9% in Germania).

In Provincia di Bolzano nel 2005 il tasso di occupazione femminile è stato pari al 59% (79% quello maschile). La disoccupazione femminile, in tendenza con gli anni passati, resta superiore a quella maschile, pur rimanendo sensibilmente al di sotto rispetto alla media dei 25 stati dell'Unione Europea: il tasso delle donne è stato pari al 3,5% (10,0% UE-25) contro un 2,2% di quello maschile (8,4% UE-25). Sono in maggioranza le donne a lavorare a tempo parziale, rispettivamente il 36,2% delle donne occupate è a tempo parziale contro appena il 4,1% degli uomini e nella maggior parte dei casi i motivi di questa scelta sono di carattere familiare. Maggiore è la percentuale di donne anche per i contratti a termine tra i lavoratori dipendenti: 16,9% per le donne contro un 7,8% per gli uomini.

Figura 3: Tasso di occupazione per sessi – Provincia di Bolzano, anni 2001-2005

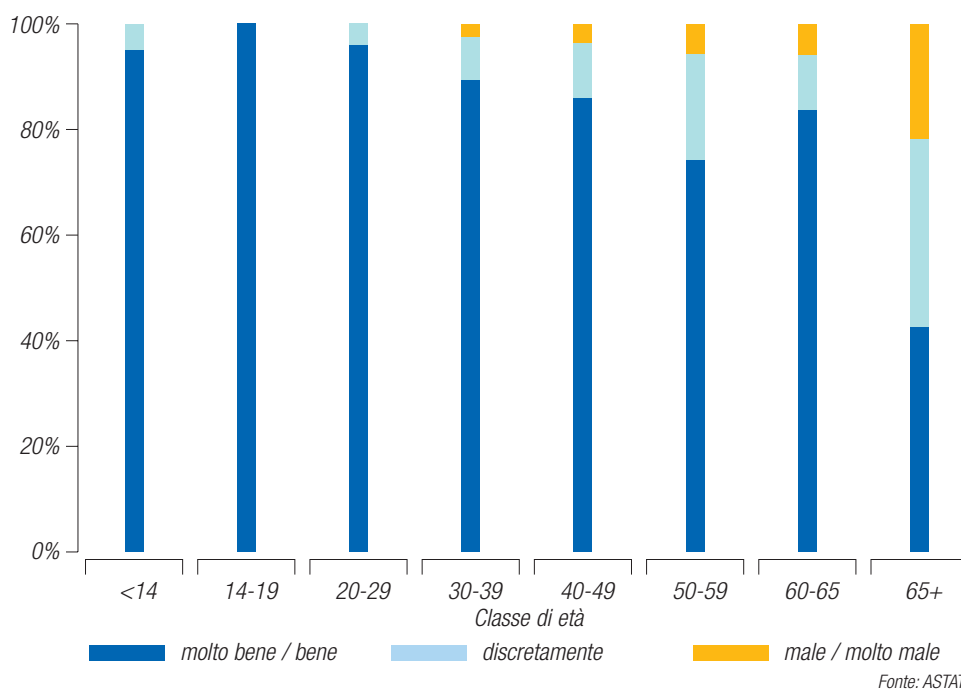


Le pari opportunità sul luogo del lavoro rimangono però ancora lontane per le donne italiane. Secondo uno studio pubblicato nel 2005 dal *World Economic Forum*, l'Italia detiene il primato negativo per la partecipazione e opportunità economiche tra i sessi e per le presenze femminili al potere, facendo invece registrare come punti di forza la tutela della salute e della maternità.

1.4. PERCEZIONE DELLA SALUTE

“La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto assenza di malattia infermità” (OMS, Organizzazione mondiale della Sanità) e la percezione dello stato di salute della popolazione viene utilizzata in molti paesi europei come indicatore globale delle condizioni di salute della popolazione.

Figura 4: **Percezione dello stato di salute – Popolazione femminile in Provincia di Bolzano, anno 2005**



Nel 2005 oltre l’80% delle donne altoatesine ha considerato il suo stato di salute buono / molto buono. Questa percentuale è ovviamente più alta nelle fasce d’età più giovani e cala proporzionalmente all’aumentare dell’età. Tuttavia, indipendentemente dall’età, tra le donne si registra una quota più alta di persone che valutano il proprio stato di salute non buono, in generale il 18,8% contro il 12,4% degli uomini, che aumenta al 67,4% per le prime contro il 42,7% per i secondi nelle classi di età più anziane. Queste differenze possono essere, in parte, lette come effetto della longevità femminile ma non possono esimersi dal sottolineare la delicatezza del rapporto tra donne e salute, dove appunto appare evidente che il binomio “vita più lunga = miglior stato di salute” non può essere considerato veritiero.

2. DETERMINANTI DI SALUTE E PREVENZIONE

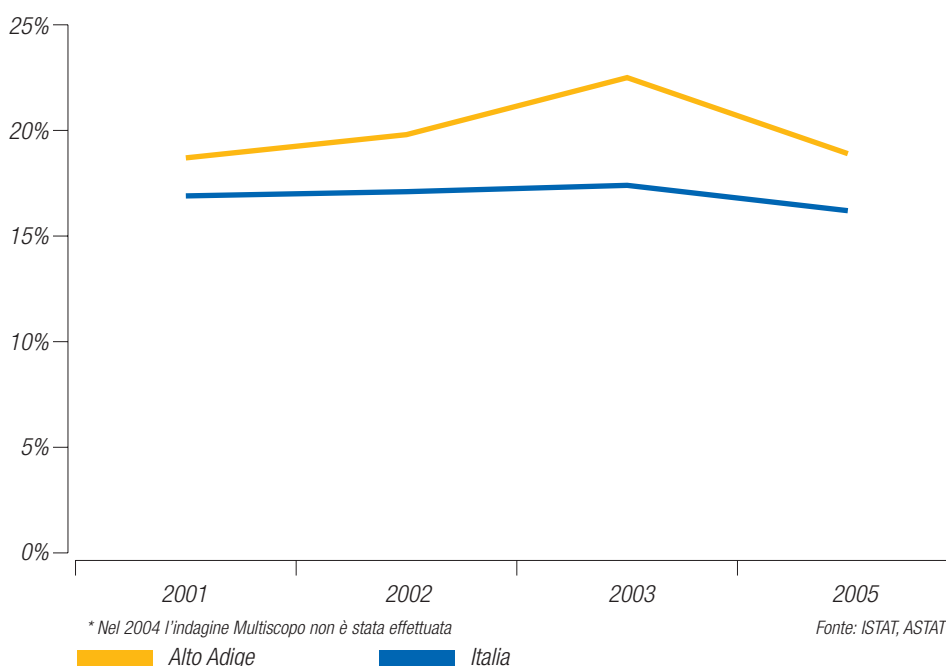
I comportamenti personali legati alla salute sono in grado di spiegare una quota consistente di morbosità: ad esempio, studi epidemiologici dimostrano che nel caso delle malattie cardiovascolari, il 60% di queste patologie sarebbe evitabile riducendo la concentrazione di fattori di rischio individuali quali fumo, dieta ricca di grassi e povera di fibre, attività fisica. L'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) stima che, nei paesi europei più sviluppati, gli stili di vita non salutari spieghino quasi il 25% di malattie nelle donne (quasi il 50% per gli uomini).

2.1. FUMO E ALCOL

La sigaretta esercita ancora oggi un fascino accattivante sulle donne. La conquista della parità con gli uomini da parte delle donne si è purtroppo accompagnata ad un progressivo aumento delle fumatrici, che è proseguito anche negli anni in cui si è cominciata ad osservare una diminuzione del numero di fumatori maschi. Solo di recente le donne fumatrici altoatesine, dopo un incremento percentuale notevole negli ultimi anni (quasi due punti percentuali di aumento medio annuale), sono tornate a registrare valori di prevalenza come agli inizi del 2000 (attorno al 18% con un numero medio di sigarette giornaliere pari a 9), rimanendo, comunque, percentualmente sempre al di sopra dei valori medi nazionali.

FUMO

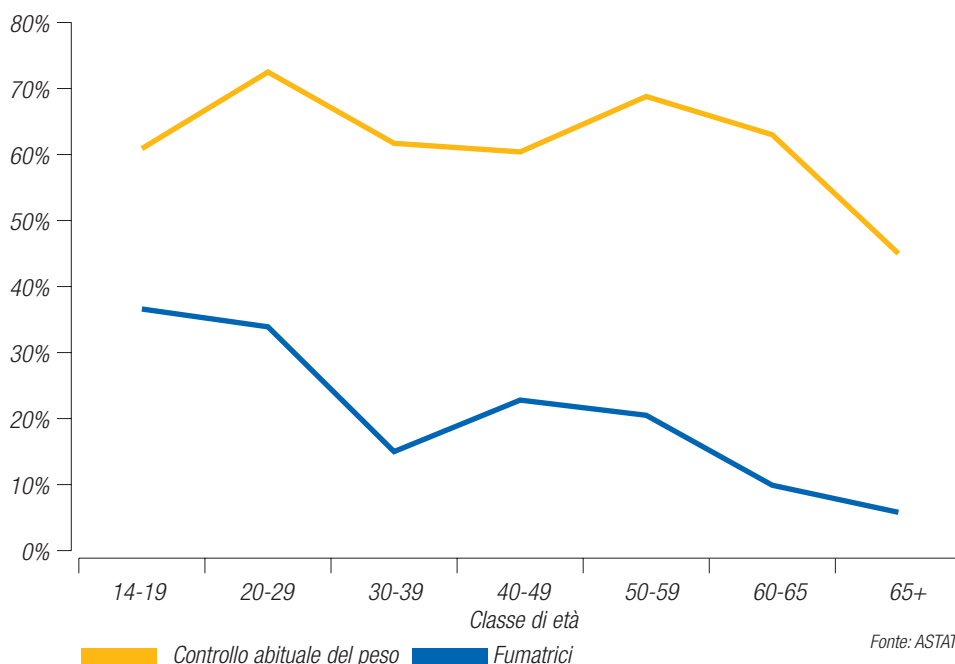
Figura 1: Percentuale di fumatrici – Confronto Italia, Provincia di Bolzano, anni 2001-2005*



Uno dei motivi determinanti che spingono le donne a fumare è l'idea che fumare faccia dimagrire; molte preferiscono rimanere schiave della sigaretta piuttosto che ingrassare.

Infatti, i dati mostrano come le fasce d'età femminili con valori di prevalenza per le fumatrici maggiori siano significativamente correlate ad un'attenzione maggiore e più continuativa verso il controllo del proprio peso corporeo.

Figura 2: Fumatrici e controllo del peso per classe di età – Provincia di Bolzano, anno 2005



CONSUMO DI ALCOL

L'abitudine al fumo è spesso associata ad altri comportamenti a rischio, come l'eccesso di consumo alcolico. Studi nazionali e internazionali hanno evidenziato come il problema dell'abuso di alcol riguarda sempre più da vicino il mondo giovanile e in particolare le ragazzine, che vi ricorrono, probabilmente, per sentirsi più sicure ed essere accettate dal gruppo; altro periodo "a rischio" nella vita delle donne è quello a cavallo dei 40/50 anni, quando molte di esse si trovano a fare un bilancio della propria vita, bilancio, che spesso, purtroppo risulta deludente. La stima dell'OMS per i paesi europei relativamente ai prodotti alcolici, come responsabili del carico totale di malattia dell'individuo, è dell'8-10%. La prevalenza delle consumatrici di alcol in Italia è stata nel 2005 del 58,1%; più alta è la percentuale delle consumatrici in Provincia di Bolzano che si attesta al 67,0%. Il consumo di alcolici fuori pasto ed episodi di ubriacatura concentrati in singole occasioni (*binge drinking*) rappresentano comportamenti a rischio per la salute. Nel primo caso, il 5,2% delle donne altoatesine ha dichiarato di consumare almeno settimanalmente vino o alcolici fuori dal pasto; mentre è del 9,5% il valore della popolazione femminile in Provincia di Bolzano che dichiara un consumo elevato di bevande alcoliche in un'unica occasione almeno una volta nel corso dell'anno (5 è il numero medio di *binge drinking* dichiarato nel corso di un anno).

Tabella 1: Prevalenza di donne che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno per classe di età – Provincia di Bolzano, anno 2005

	Classe di età							Totale
	14-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-65	65+	
% di donne	65,9	88,9	63,7	67,2	73,6	62,9	53,1	67,0

Fonte: ASTAT

2.2. PESO E ALIMENTAZIONE

La diffusione di abitudini alimentari scorrette e l'obesità rappresentano un problema di grande rilevanza epidemiologica, sociale ed economica poiché, insieme all'inattività fisica, costituiscono uno dei principali fattori di rischio per molte malattie cronico-degenerative.

Le donne altoatesine (considerando la popolazione femminile dai 14 anni in su) sono un po' più attente alla loro linea. Infatti rispetto ad una media nazionale pari all'8,7% di donne con problemi di obesità e al 25,8% (una donna su quattro) di donne in sovrappeso (dati Istat 2003), in Alto Adige nel 2005 si sono registrati valori più contenuti: per quanto riguarda l'obesità si è registrato un 6,6% mentre la prevalenza di donne altoatesine con problemi di sovrappeso è del 22,8%. nettamente diversa invece la situazione maschile dove gli uomini altoatesini con problemi di peso superano di 7 punti percentuali i valori medi nazionali (in Alto Adige circa un uomo su due risulta essere in sovrappeso o avere problemi di obesità).

Tabella 2: **Abitudini alimentari nella popolazione femminile di tre anni e oltre in Provincia di Bolzano – Consumo giornaliero, anno 2005**

Classe di età	Alimenti										
	Pane Pasta	Salumi	Carne bianca	Carne bovine	Latte	Formaggio	Uova	Pesce	Verdure in foglie	Altra verdura	Frutta
03-13	73,0	15,3	2,7	1,1	79,2	57,4	2,2	1,1	45,9	22,4	79,0
14-19	69,5	5,8	3,7	-	63,6	44,4	2,1	-	56,4	40,5	74,2
20-29	74,2	9,0	5,7	4,9	64,2	48,8	8,4	3,3	56,9	39,8	59,8
30-39	74,2	15,8	1,6	3,2	74,4	53,3	6,2	-	56,2	53,1	73,8
40-49	71,6	9,6	-	-	62,6	46,9	7,3	-	74,1	54,1	80,7
50-59	74,6	18,1	1,4	-	60,3	47,4	-	-	71,0	45,6	78,9
60-65	79,6	11,6	2,0	2,0	68,3	45,2	9,1	3,6	85,3	62,5	96,2
65+	79,6	7,2	4,0	2,7	72,1	46,2	4,1	1,4	70,0	39,8	81,8
TOTALE	74,8	11,8	2,6	1,9	68,9	49,2	5,0	1,0	64,0	44,3	77,5

Fonte: ASTAT

Consumare i salumi giornalmente, o carne e formaggi più di una volta al giorno è considerato "consumo eccessivo" e quindi dannoso per la salute personale. Tra le donne della Provincia di Bolzano l'11,8% consuma almeno giornalmente salumi, mentre l'uso quotidiano dei formaggi nella propria alimentazione viene adottato da circa una donna su due. La maggior parte delle abitudini alimentari "insalubri" risultano inversamente correlate al livello d'istruzione: la tendenza ad assumere giornalmente o più queste abitudini aumenta, rispetto alle diplomate o laureate, quasi del triplo tra le donne altoatesine di istruzione più bassa. In particolare le meno istruite presentano una tendenza più elevata ad escludere o comunque limitare le verdure dalla loro dieta, ed eccedere appunto in salumi, carne bianca e formaggi.

INDICE DI MASSA
CORPOREA

CONSUMI ALIMENTARI

2.3. PROGRAMMA DI DIAGNOSI PRECOCE DEL TUMORE DELLA CERVICЕ UTERINA

**PROGRAMMA
PROVINCIALE DI
SCREENING DEL TUMORE
DELLA CERVICЕ UTERINA**

Dal febbraio 2001, in attuazione della delibera della G.P. n. 4034 del 20/09/1999, è attivo un programma provinciale per il potenziamento della diagnosi precoce del tumore della cervicе uterina. Poiché una quota consistente delle donne altoatesine effettua spontaneamente un'attività di prevenzione sottoponendosi periodicamente all'esame del Pap-test, la popolazione obiettivo del programma è rappresentata da tutte le donne residenti di età compresa tra i 23 e i 65 anni, che nel corso degli ultimi tre anni non risultano aver eseguito l'esame in una struttura sanitaria provinciale.

**POPOLAZIONE OBIETTIVO
DEL PROGRAMMA**

Le donne invitate al programma di screening nell'anno 2005 sono state 32.194: 18.481 donne (57,4%) hanno ricevuto il primo invito, nei rimanenti 13.713 casi (42,6%) si tratta di donne alle quali è stato spedito il primo e/o il secondo sollecito.

Il rapporto tra donne invitate e donne residenti evidenzia a livello provinciale un valore pari a 23,3%, omogeneo tra le quattro aziende sanitarie.

**PARTECIPAZIONE AL
PROGRAMMA**

Le donne rispondenti nel corso dell'anno sono state 7.357, con una percentuale di adesione pari al 22,9%. La partecipazione al programma risulta più alta nelle età più giovani (23-39 anni), e tende a ridursi con l'aumentare dell'età fino a raggiungere il 19,8% per le donne di 65 anni.

Disaggregando il livello di adesione al programma secondo l'azienda sanitaria di residenza della donna, la partecipazione varia dal 20,7% per quella di Merano al 25,1% per quella di Brunico. Il distretto sanitario per il quale è stata registrata la maggior partecipazione risulta quello di Tures-Aurina (28,6%); la partecipazione più bassa, pari al 19,7% è stata osservata tra le residenti nel distretto dell'Alta Val Venosta.

Il rapporto tra le donne rispondenti e le donne residenti risulta complessivamente pari al 5,3%, con un'oscillazione contenuta tra il 4,5% per l'Azienda Sanitaria di Merano e il 5,9% per quella di Brunico.

ESITI DEI PAP-TEST

In oltre il 96% dei casi l'esito dei Pap-test effettuati dalle donne rispondenti indicava un risultato negativo. Per 55 donne (0,7%) è stata diagnosticata una displasia; in due casi è stata riportata una diagnosi di carcinoma.

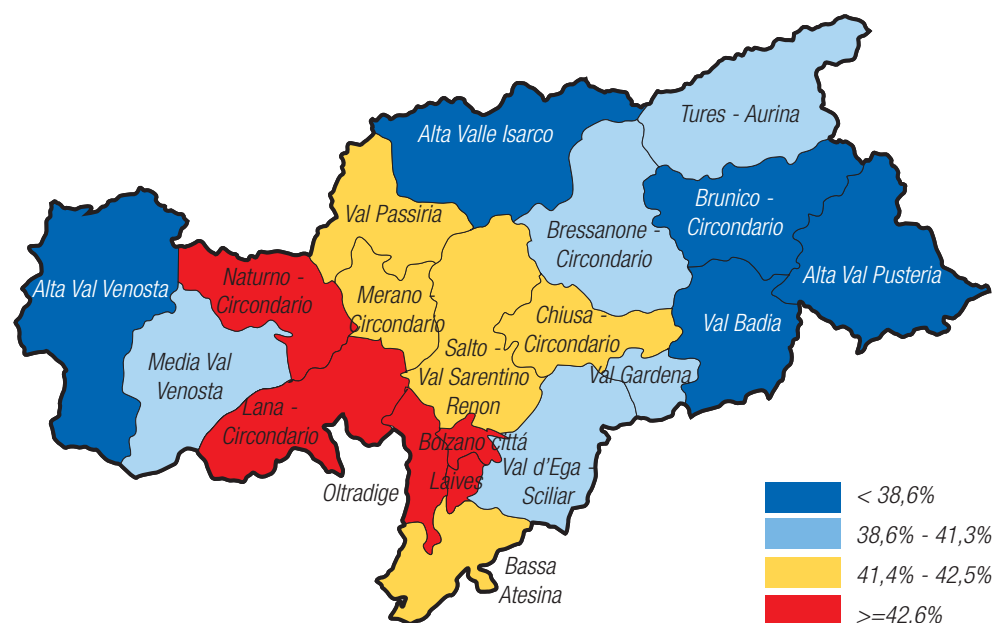
Tabella 3: **Distribuzione delle donne rispondenti per classi di età e per azienda sanitaria di residenza della donna per lo screening della cervicе uterina - Anno 2005**

Classe di età	Bolzano		Merano		Bressanone		Brunico		Totale	
	v.a.	% su invitate	v.a.	% su invitate	v.a.	% su invitate	v.a.	% su invitate	v.a.	% su invitate
23-24	204	23,2	113	22,7	83	27,7	112	28,8	512	24,8
25-29	330	23,4	191	25,4	123	26,9	120	23,3	764	24,4
30-34	429	25,8	210	24,9	130	27,5	169	30,8	938	26,6
35-39	433	25,0	229	23,2	161	26,9	169	27,9	992	25,3
40-44	424	22,4	216	21,8	136	22,3	169	26,3	945	22,8
45-49	355	22,6	170	19,5	101	19,2	113	21,9	739	21,2
50-54	337	22,5	133	17,1	84	19,2	110	24,1	664	21,0
55-59	399	21,4	133	16,2	89	17,3	102	21,9	723	19,7
60-64	491	23,5	190	18,0	108	20,4	124	22,4	913	21,6
65	92	22,0	33	16,5	20	18,7	22	18,3	167	19,8
TOTALE	3.494	23,2	1.618	20,7	1.035	22,7	1.210	25,1	7.357	22,9

Fonte: servizio Interaziendale di Anatomia Patologica

Per stimare la copertura della popolazione femminile ovvero la proporzione di donne che nell'anno hanno effettuato almeno un Pap-test, la compliance al programma su invito va integrata con la quota di donne che hanno spontaneamente effettuato l'esame nel corso dell'anno. Si osserva così che nel 2005 57.410 donne in età 23-65 anni hanno effettuato almeno un Pap-test, pari al 41,5% della popolazione femminile residente. Ripetendo l'analisi per il triennio 2003-2005, si registra che il 76,8% di donne altoatesine in età 20-65 anni presentano almeno una diagnosi citologica.

Figura 3: Distribuzione territoriale della copertura della popolazione femminile – Anno 2005



La Comunità Europea auspica per questo programma una copertura non inferiore all'85% della popolazione obiettivo. In Italia sono considerate accettabili coperture superiori al 65%, con uno standard desiderabile superiore all'80%.

Secondo quanto emerge dall'indagine multiscopo dell'ISTAT "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" effettuata negli anni 1999-2000, la proporzione di donne che riferiscono di eseguire il Pap-test con regolarità triennale varia tra il 25,6% (Sud) ed il 61,0% (Nord-Est). Più recentemente, lo studio PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per il Salute in Italia) effettuato nel 2005 su un campione di donne residenti in 123 aziende sanitarie in rappresentanza di tutte le regioni italiane, informa che il 70% delle intervistate dichiara di aver eseguito almeno un Pap-test negli ultimi tre anni.

2.4. PROGRAMMA DI DIAGNOSI PRECOCE DEL TUMORE DELLA MAMMELLA

Lo screening del tumore della mammella in Provincia di Bolzano è contemplato nel programma per la prevenzione e la lotta contro le malattie neoplastiche approvato con delibera della G.P. n. 2076 del 27/04/1992 e successive integrazioni.

**COPERTURA DELLA
POPOLAZIONE ANNO
2005**

RIFERIMENTI NORMATIVI

**NUOVO PROGRAMMA
PROVINCIALE PER LA
DIAGNOSI PRECOCE DEL
TUMORE DELLA
MAMMELLA**

**RISULTATI DEL ROUND
2003-2005**

**PARTECIPAZIONE NEL
ROUND 2003-2005**

Nel luglio 2003 ha preso ufficialmente avvio il primo round del programma provinciale per la diagnosi precoce del tumore della mammella, rivolto ad una popolazione obiettivo composta da 56.323 donne residenti in età compresa tra i 50 ed i 69 anni; ciascuna donna veniva invitata a distanza di almeno 18 mesi dall'ultimo esame mammografico effettuato.

Le sedi operative per l'esecuzione della mammografia di screening sono rappresentate dai servizi di radiologia attivi nei presidi ospedalieri pubblici.

Gli esami radiologici vengono refertati presso la radiologia dell'ospedale di Bolzano, ad eccezione delle mammografie eseguite nell'Azienda Sanitaria di Bressanone, che vengono esaminate dai medici radiologi degli ospedali di Bressanone e di Vipiteno.

Durante il round 2003-2005 la popolazione raggiunta è risultata pari al 98,6% (55.534 donne) della popolazione obiettivo.

Le donne che al 31 dicembre 2005 risultavano essersi sottoposte a mammografia di screening sono state 34.720. Di queste, 27.351 (78,8% delle esaminate) si sono presentate al controllo dopo il ricevimento dell'invito (49,2% della popolazione raggiunta), mentre 7.369 donne (21,2%) hanno anticipato la chiamata (13,3% della popolazione raggiunta).

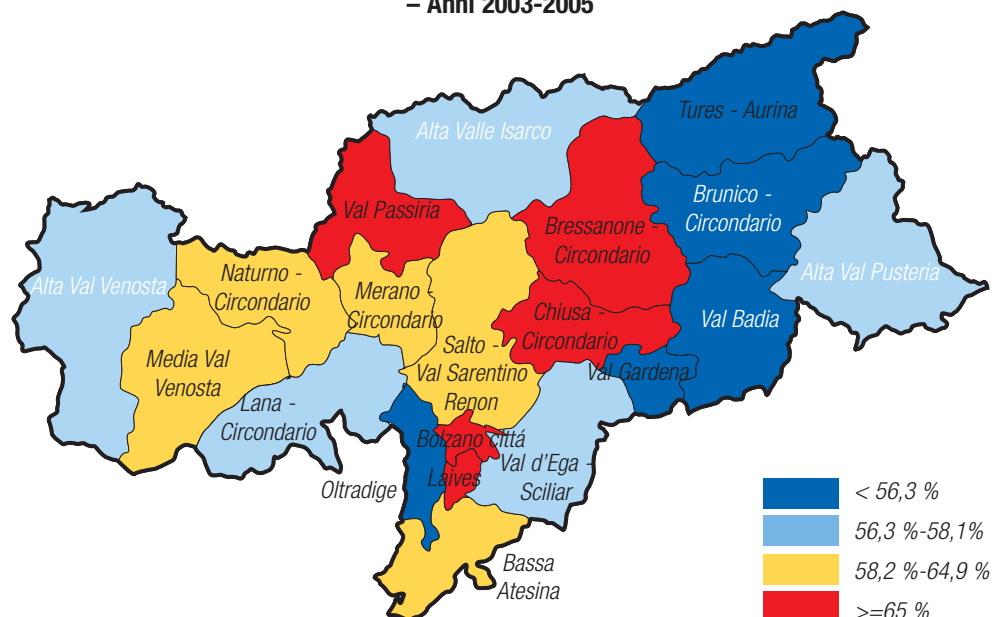
Il tasso grezzo di adesione alla mammografia, calcolato sulla popolazione raggiunta, è stato a livello provinciale pari al 62,5%, includendo in questo dato anche le adesioni spontanee, e oscilla dal 56,3% per l'Azienda Sanitaria di Brunico al 64,8% per quella di Bolzano. Va però sottolineato che per problemi di carattere organizzativo solo una parte delle donne non rispondenti ha ricevuto a distanza di due mesi un secondo invito. I valori attualmente raccomandati dal Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico (GISMa) per questo parametro sono $\geq 50\%$ (partecipazione accettabile) e $\geq 70\%$ (partecipazione desiderabile).

Tabella 4: **Popolazione obiettivo e donne aderenti per tipologia di adesione e per azienda sanitaria di residenza della donna per lo screening mammografico - Anni 2003-2005**

Azienda sanitaria	Pop. obiettivo	Pop. raggiunta (%)	Aderisce su invito		Aderisce spontaneamente		Totale adesione	
			v.a.	% pop ragg.	v.a.	% pop ragg.	v.a.	% pop ragg.
Bolzano	27.138	98,3	14.203	53,2	3.097	11,6	17.300	64,8
Merano	14.398	98,7	6.155	43,3	2.566	18,0	8.721	61,3
Bressanone	7.258	99,0	3.592	50,0	908	12,6	4.500	62,6
Brunico	7.519	99,2	3.398	45,6	797	10,7	4.195	56,3
Non indicata	10	100,0	3	30,0	1	10,0	4	40,0
TOTALE	56.323	98,6	27.351	49,2	7.369	13,3	34.720	62,5

Fonte: Registro Tumori dell'Alto Adige

Figura 4: Distribuzione territoriale del tasso grezzo di adesione allo screening mammografico – Anni 2003-2005



A livello nazionale, secondo quanto indicato dal Quarto rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening (anno 2003), il tasso grezzo di partecipazione allo screening calcolato sul pool dei programmi attivati risulta pari al 58,3%.

Con riferimento alla popolazione obiettivo dello screening negli anni 2003-2005, sono stati complessivamente 318 i casi diagnosticati di tumore maligno della mammella confermati su base istologica. Di questi, 122 casi possono essere ritenuti rilevati in fase di screening. Il dato è leggermente sottostimato, in quanto non comprende le diagnosi di tumore effettuate solo su base clinica/strumentale. Rapportando il numero di carcinomi diagnosticati alle donne esaminate, si ottiene un tasso di identificazione grezzo (limitatamente alle diagnosi corredate da istologia positiva) pari a 3,5 tumori per 1.000 donne.

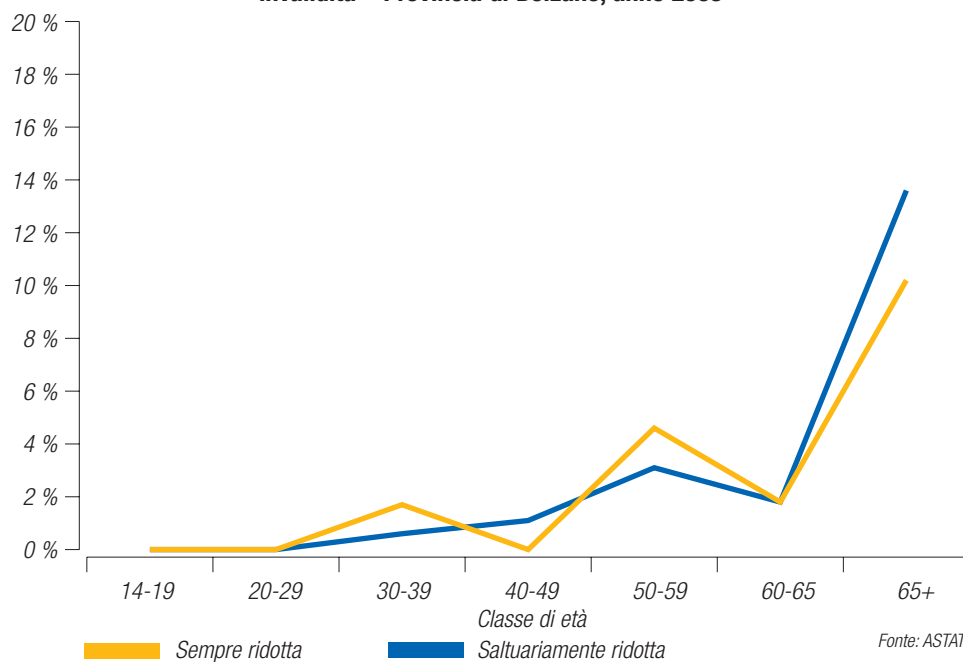
**TUMORI MALIGNI
DIAGNOSTICATI NEL
ROUND 2003-2005**

3. MORBILITÀ

3.1. MALATTIE CRONICHE

La sola speranza di vita non é in grado di descrivere la qualità della vita: come già accennato nel capitolo precedente, è vero che le donne vivono di più rispetto agli uomini, ma è anche vero che, essendo maggiormente colpite da malattie croniche e dalle conseguenze invalidanti di tali malattie, finiscono per passare in uno stato di cattiva salute una parte più lunga della loro vita. Nel 2005 quasi una donna altoatesina su quattro con più di 65 anni ha dichiarato una riduzione saltuaria o continua della propria autonomia dovuta a malattia cronica o invalidità.

Figura 1: **Percentuale di donne che dichiarano un'autonomia personale ridotta per malattia e invalidità – Provincia di Bolzano, anno 2005**



In Provincia di Bolzano nel corso del 2004 le donne affette da almeno una patologia cronica erano il 23,5% dell'intera popolazione femminile pari a 57.572 persone, contro il 19,2% degli uomini (45.528 persone). Proprio a partire dai 15 anni, età dalla quale iniziano a manifestarsi le differenze tra i due sessi, le donne registrano valori di cronicità sempre più elevati rispetto agli uomini.

Tabella 1: **Tassi di cronicità per sesso e classe di età per 100mila abitanti – Provincia di Bolzano, anno 2004**

Classe di età	Donne	Uomini
0	4.136,8	4.783,3
01-04	1.742,5	2.692,4
05-14	1.934,0	2.581,7
15-44	7.255,6	5.972,7
45-64	31.123,2	28.768,5
65-74	58.410,5	57.920,8
74+	73.110,5	72.237,6
TOTALE	23.484,9	19.160,6

Fonte: OEP - Mappatura delle patologie croniche

Su un totale di 35 patologie croniche analizzate, le donne presentano tassi maggiori nel 54% dei casi. Prevalenza maggiore di donne nelle patologie cardiovascolari in generale, soprattutto rispetto all'ipertensione mentre la cardiopatia (in particolar modo nelle classi di età più anziane) è più diffusa tra gli uomini; valori maggiori nelle patologie neuropatiche, soprattutto rispetto alla patologia di Alzheimer, che con l'avanzare dell'età arriva a registrare un tasso di cronicità quasi doppio rispetto alla popolazione maschile; ma soprattutto tassi nettamente più elevati per le patologie autoimmuni, quali artrite reumatoide, lupus eritematoso e tiroide di hashimoto (rispetto a quest'ultima patologia, i dati confermano la letteratura medica per cui la tiroidite cronica autoimmune è nettamente superiore nel sesso femminile – in Alto Adige nel 2004 la prevalenza è stata di 422,61 casi ogni 100mila donne contro 41,24 casi degli uomini – ; questa malattia, poi, da frequente evoluzione verso l'ipotiroidismo, che infatti a sua volta ha registrato un tasso femminile di 4.036,01 casi per 100mila donne contro un valore maschile di 866,55).

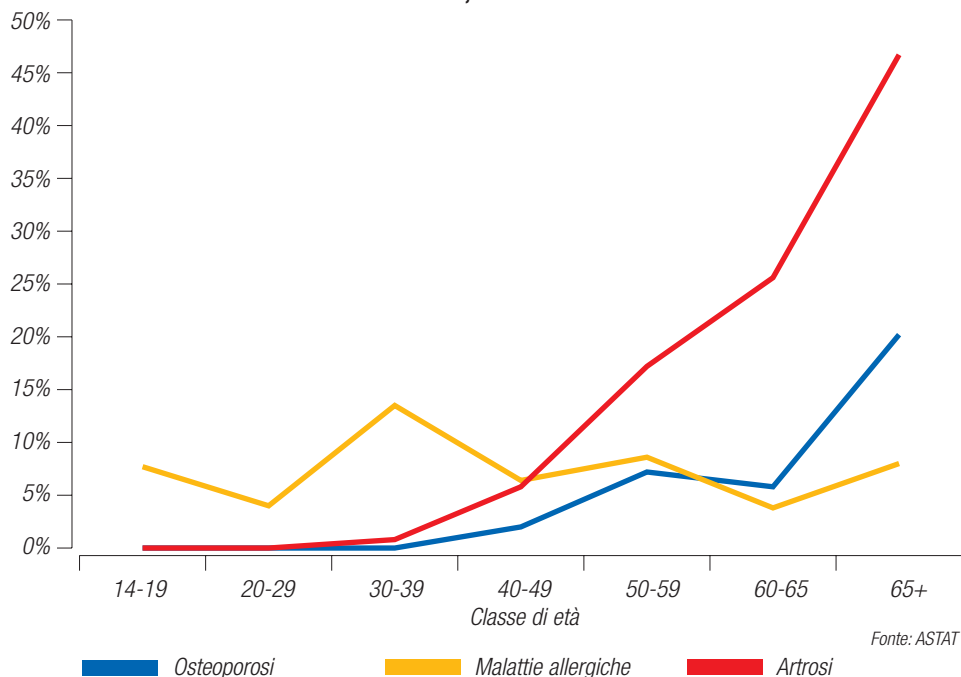
Tabella 2: **Patologie croniche per sesso per 100mila abitanti – Provincia di Bolzano, anno 2004**

Cronicità	Donne	Uomini
Portatori di trapianto	59,6	106,5
Insufficienza renale	312,9	518,1
HIV e AIDS	29,8	62,3
Neoplastici	2.698,8	2.587,4
Diabete	2.881,2	3.110,2
Ipertensione	12.760,7	10.229,8
Cardiopatìa	5.673,8	5.552,4
Vasculopatia	757,5	1.072,4
Broncopneumopatia	1.866,3	2.458,7
Epato-Enteropatia	514,4	856,0
MRGE	648,6	675,1
Epilessia	498,1	582,1
Parkinson	708,6	543,3
Alzheimer	272,5	116,6
Sclerosi multipla	130,1	64,0
Neuromielite ottica	0,4	0,8
Demenze	229,3	117,8
Artrite reumatoide	443,8	165,4
LES	101,2	20,2
Sclerosi sistemica	29,4	7,6
Malattia di Sjögren	33,9	4,2
Spondilite anchilosante	13,9	29,5
Miastenia gravis	11,8	7,2
Tiroidite di Hashimoto	422,6	41,2
Anemie emolitiche	5,7	6,3
Acromegalia	11,4	9,3
Diabete insipido	6,5	7,2
Morbo di Addison	12,2	12,2
Iper-ipoparatiroidismo	32,6	12,6
Ipotiroidismo	4.036,0	866,6
Sindrome di Cushing	7,3	2,1
Morbo di Basedow	188,5	50,5
Nanismo ipofisario	22,0	32,0
Dislipidemie	2.621,7	2.716,2
Psicosi	895,0	549,2

Fonte: OEP – Mappatura delle patologie croniche

Oltre le 35 patologie analizzate con lo studio “mappatura”, esistono ovviamente altre malattie croniche, i cui dati di prevalenza ufficiali sono però ricavabili da indagini campionarie ISTAT che si basano sulle dichiarazioni soggettive degli intervistati, piuttosto che su basi dati epidemiologiche. Da questi dati emerge come l’osteoporosi e l’artrosi colpiscono rispettivamente il 5,0% e il 12,6% della popolazione femminile altoatesina, iniziando a manifestarsi attorno ai 40-44 anni e arrivando, nel caso dell’artrosi, a colpire nelle età anziane, quasi una donna su due.

Figura 2: Osteoporosi, malattie allergiche e artrosi – Popolazione femminile in Provincia di Bolzano, anno 2005

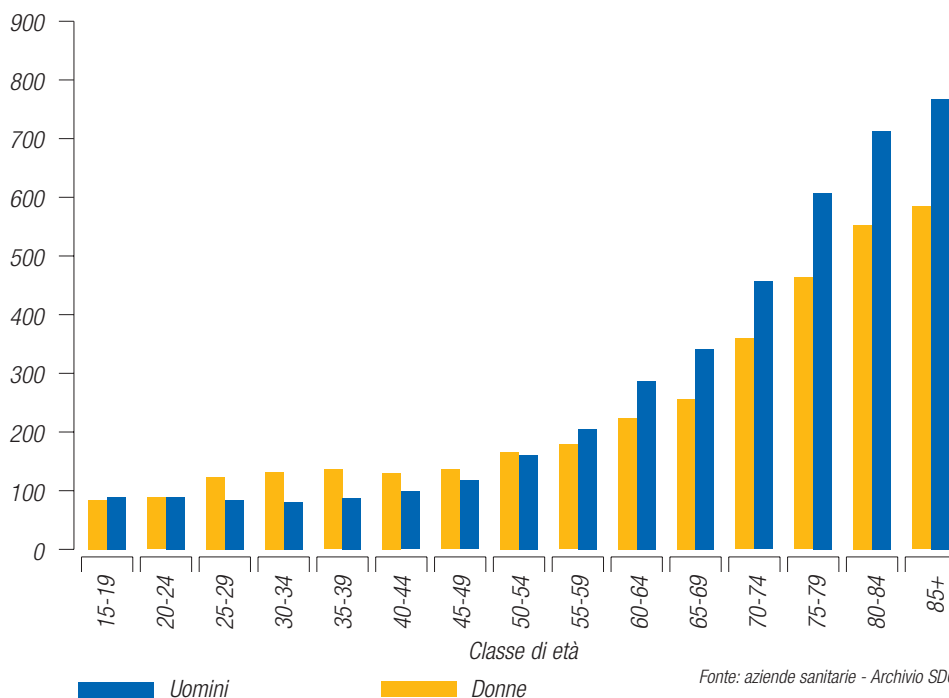


3.2. RICOVERI OSPEDALIERI

Nel caso dei ricoveri ospedalieri, non emergono grandi differenze tra i sessi, se non rispetto all'effetto di gravidanza, parti e patologie ad esse correlate, che nelle donne può incidere sulla motivazione e frequenza del ricovero.

Infatti, mentre i tassi di ospedalizzazione maschile per ricoveri per acuti risultano più elevati nelle classi di età estreme (dovuti per lo più ad un'incidenza maggiore di traumi nell'età giovanile e a malattie circolatorie in quelle più anziane), nelle fasce d'età centrali, per effetto appunto delle patologie e dei disturbi annessi a gravidanza e all'apparato riproduttivo femminile (escludendo i ricoveri per parto), i valori di ospedalizzazione delle donne risultano maggiori, comportando, conseguentemente, un sostanziale equilibrio tra i tassi medi totali (tasso di ospedalizzazione per ricoveri per acuti nel 2005 pari a 189,19 ogni 100mila donne e 181,89 ogni 100mila uomini).

Figura 3: Tasso di ospedalizzazione per ricoveri (escluso i parti) per acuti e per sesso per 100mila abitanti – Provincia di Bolzano, anno 2005



Escludendo i ricoveri per parto, che trattandosi d’eventi frequenti nella popolazione occupano comunque sempre il primo posto nella graduatoria dei ricoveri, per le donne altoatesine, in generale, i principali DRG di ricovero sono rappresentati da “intervento su utero e annessi non per neoplasie maligne” (DRG 359), che registra percentuali di prevalenza abbastanza consistenti soprattutto nella fascia d’età 45-49 anni (circa un 11% sul totale dei ricoveri per la stessa coorte femminile) e da “afezioni mediche del dorso” (DRG 243), con valori di ricovero elevati soprattutto nelle classi di età 55-64 anni.

Tabella 3: Ricoveri ospedalieri in regime ordinario (esclusi i parti) delle donne altoatesine per DRG più frequenti, % cumulata dei ricoveri – Anno 2005

DRG	Descrizione DRG	Ricoveri	% cumulata
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	851	2,7
243	Afezioni mediche del dorso	820	5,3
209	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	809	7,9
430	Psicosi	789	10,4
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 senza CC	767	12,8
127	Insufficienza cardiaca e shock	732	15,1
14	Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	482	16,6
139	Aritmia e alterazione della conduzione cardiaca senza CC	465	18,1
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente età < 18	447	19,5
390	Neonati con altre affezioni significative	404	20,8

Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

In età adulta i ricoveri per le donne sono maggiormente correlati alle malattie e ai disturbi dell'apparato riproduttivo femminile, dai 55 anni fino ai 75 anni sono invece le malattie e i disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo a rappresentare le principali cause di ricovero mentre per le donne demograficamente definite "grandi anziane" (over 75), in linea con l'andamento per il sesso maschile, prevalgono le malattie e i disturbi dell'apparato cardiocircolatorio.

Tabella 4: **DRG più frequenti per ricoveri ospedalieri acuti femminili per classe di età (esclusi i parti) – Provincia di Bolzano, anno 2005**

Classe d'età	DRG	Descrizione DRG	%
15-24	183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente	4,3
25-44	359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	6,7
45-54	359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	8,5
55-64	243	Affezioni mediche del dorso	3,6
65-74	209	Intervento su articolazioni maggiori reimpianti arti inf.	5,8
74+	127	Insufficienza cardiaca e shock	6,2

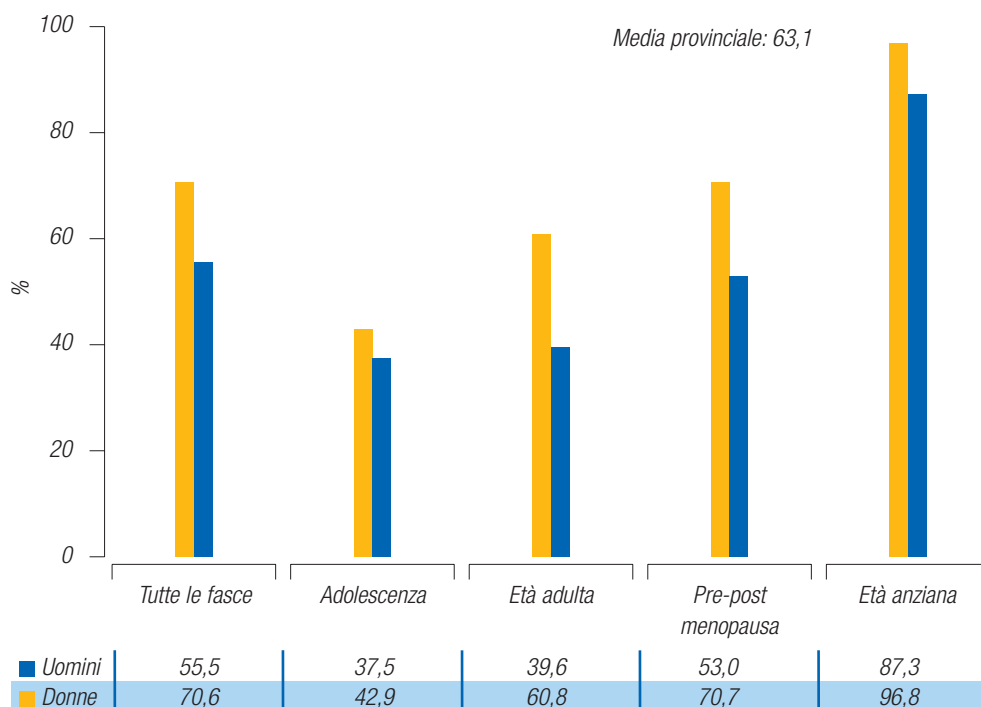
Fonte: aziende sanitarie – Archivio SDO

3.3. DONNE E FARMACI

La comunità scientifica internazionale ha riconosciuto l'importanza della ricerca e della sperimentazione clinica e farmacologia in funzione del sesso. La tutela della salute della donna e una risposta efficace ai suoi bisogni di salute non possono prescindere dalla valutazione delle differenze biologiche esistenti tra i due sessi, differenze che determinano necessariamente una diversa risposta alle terapie farmacologiche (si pensi ad esempio alle fluttuazioni ormonali che scandiscono la vita riproduttiva della donna dalla pubertà alla menopausa o ai profondi cambiamenti durante la gravidanza). Purtroppo però ad oggi questo aspetto ha ricevuto scarsa attenzione poiché i diversi studi clinici che includono le donne sono rari.

Le donne, come si evince anche da studi di farmacoepidemiologia nazionali, ricorrono ai farmaci in percentuale superiore all'uomo. Nel 2005 in Alto Adige il 70,6% delle donne ha registrato almeno una prescrizione farmaceutica, con una differenza di 15 punti percentuali rispetto agli uomini. Questi valori di prescrizione assumono significative oscillazioni nelle diverse fasi della vita: durante l'adolescenza le ragazze rilevano un aumento nel numero di prescrizioni più contenuto rispetto ai coetanei, netta differenza di valori in età fertile, per poi decrescere lentamente nel periodo pre-post menopausa e nell'età anziana (in quest'ultima fascia d'età quasi la totalità delle donne ha bisogno di ricorrere a terapie farmacologiche).

Figura 4: Prescrizioni farmaceutiche per età e sesso – Provincia di Bolzano, anno 2005



Fonte: Ufficio contabilizzazione ricette – Azienda Sanitaria di Bolzano

Le donne registrano valori più elevati anche in relazione alle quantità medie giornaliere di medicinali assunte (quasi un 26% in più rispetto agli uomini). Ad esempio, assumono quantità maggiori (+23%) di medicinali per l'apparato gastrointestinale e del metabolismo; un 86% in più di DDD di farmaci per il sistema muscolo-scheletrico; un 71% per il sistema nervoso.

Tabella 5: Consumo di farmaci (DDD/1.000 abitanti die) per ATC e sesso - Provincia di Bolzano, anno 2005

	Donne DDD/1.000 abitanti pro die	Uomini
Apparato gastrointestinale e metabolismo	57,2	46,4
Sangue e organi emopoietici	55,3	47,0
Sistema cardiovascolare	259,9	242,8
Dermatologici	2,3	3,3
Sistema genitourinario/ormoni	59,3	26,0
Preparati ormonali sistemici	33,7	13,0
Antimicrobici generali per uso sistemico	12,5	11,1
Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	6,5	4,8
Sistema muscolo-scheletrico	34,3	18,4
Sistema nervoso centrale	56,4	33,0
Farmaci antiparassitari	0,9	0,3
Sistema respiratorio	23,7	31,7
Organi di senso	11,4	8,5
Vari	0,1	0,2
TOTALE	613,7	486,6

Fonte: Ufficio contabilizzazione ricette – Azienda Sanitaria di Bolzano

4. TUMORI MALIGNI

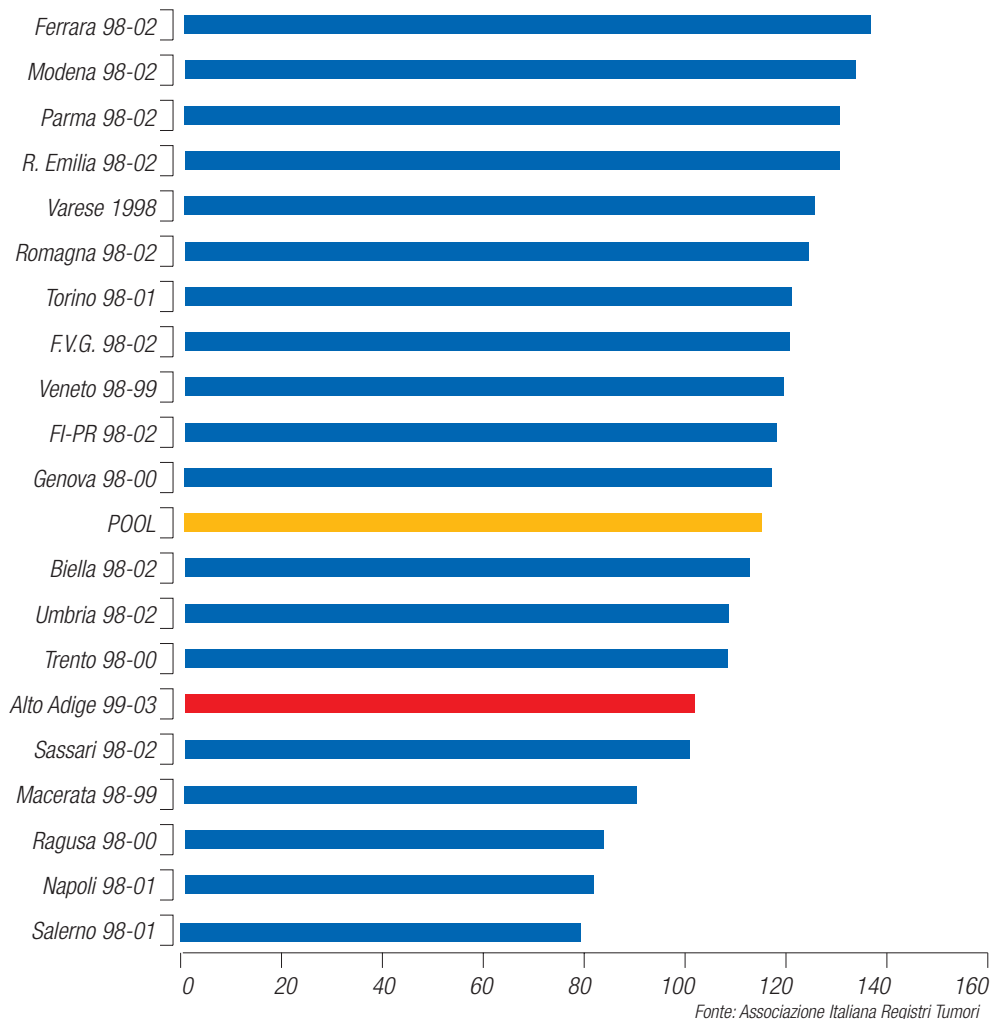
4.1. INCIDENZA

Nell'introdurre la presente sezione va ricordato che in generale l'incidenza delle patologie tumorali nelle donne altoatesine appare meno frequente rispetto a quanto osservato in altri contesti. Per diversi tumori il tasso provinciale è omogeneo o inferiore al valore rappresentativo stimato sulle popolazioni dei 21 registri attualmente operativi sul territorio nazionale. Questo risultato è certamente da porre in relazione allo stile di vita più salutare (seguire una dieta equilibrata, fare movimento, non fumare) che gli altoatesini dichiarano periodicamente di osservare. In particolare, va sottolineata la minore frequenza con cui il tumore della mammella colpisce le donne altoatesine. Questa patologia è di gran lunga il tumore più frequente nel sesso femminile, rappresentando in genere il 25% di tutti i nuovi casi di tumore diagnosticati. A livello italiano si stimano oltre 36.000 nuove diagnosi all'anno; per una donna, il rischio di avere una diagnosi di tumore della mammella entro i 74 anni è pari a circa 90,2‰ (ovvero si ammala 1 donna ogni 11). Inoltre, in termini di mortalità, è responsabile di poco meno di un quinto dei decessi per patologia tumorale. A livello provinciale, nel quinquennio 1999-2003 sono state effettuate 1.421 nuove diagnosi (120,6 casi ogni 100mila donne), con una media di oltre 280 nuovi casi all'anno. A partire dalle donne con 30 anni, il tumore della mammella è la neoplasia con maggiore rilevanza, variando dal 42% di tutti i tumori diagnosticati alle donne più giovani al 19% nelle donne più anziane.

Nel panorama nazionale, l'Alto Adige si colloca nella parte inferiore della graduatoria dei tassi standardizzati di incidenza, presentando un valore (100,9 per 100mila) inferiore rispetto al dato calcolato sul pool dei registri (111,4).

**IL TUMORE DELLA
MAMMELLA**

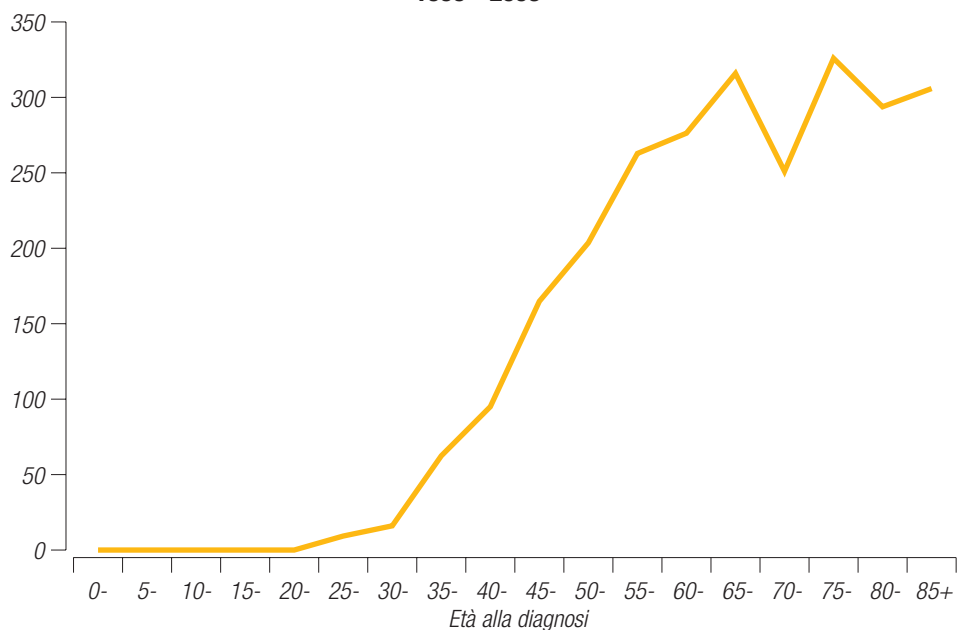
Figura 1: Tassi standardizzati di incidenza (per 100mila) - Tumore della mammella – Femmine - Italia



**L'ANTICIPAZIONE
DIAGNOSTICA**

Quasi la metà dei tumori (47,8%) viene diagnosticato a donne in età 50-69 anni, che corrisponde alla fascia di età interessata dall'attività di diagnosi precoce di questo tumore. La curva dell'incidenza per classi di età presenta un andamento che sembra evidenziare un'anticipazione diagnostica del cancro nelle donne sotto i 70 anni: nel corso del primo round di screening 2003-2005 del programma su invito organizzato a livello provinciale, a circa 120 donne sottoposte ad esame di screening mammografico è stata fatta una diagnosi di tumore. Appare quindi importante promuovere con ogni mezzo la partecipazione della donna ad un'iniziativa così importante per la tutela della sua salute, che già da diverso tempo ha dimostrato di poter incidere significativamente sulla mortalità causata da questa neoplasia.

Figura 2: Tassi di incidenza specifici per età (per 100mila) – Tumore della mammella – Anni 1999 - 2003

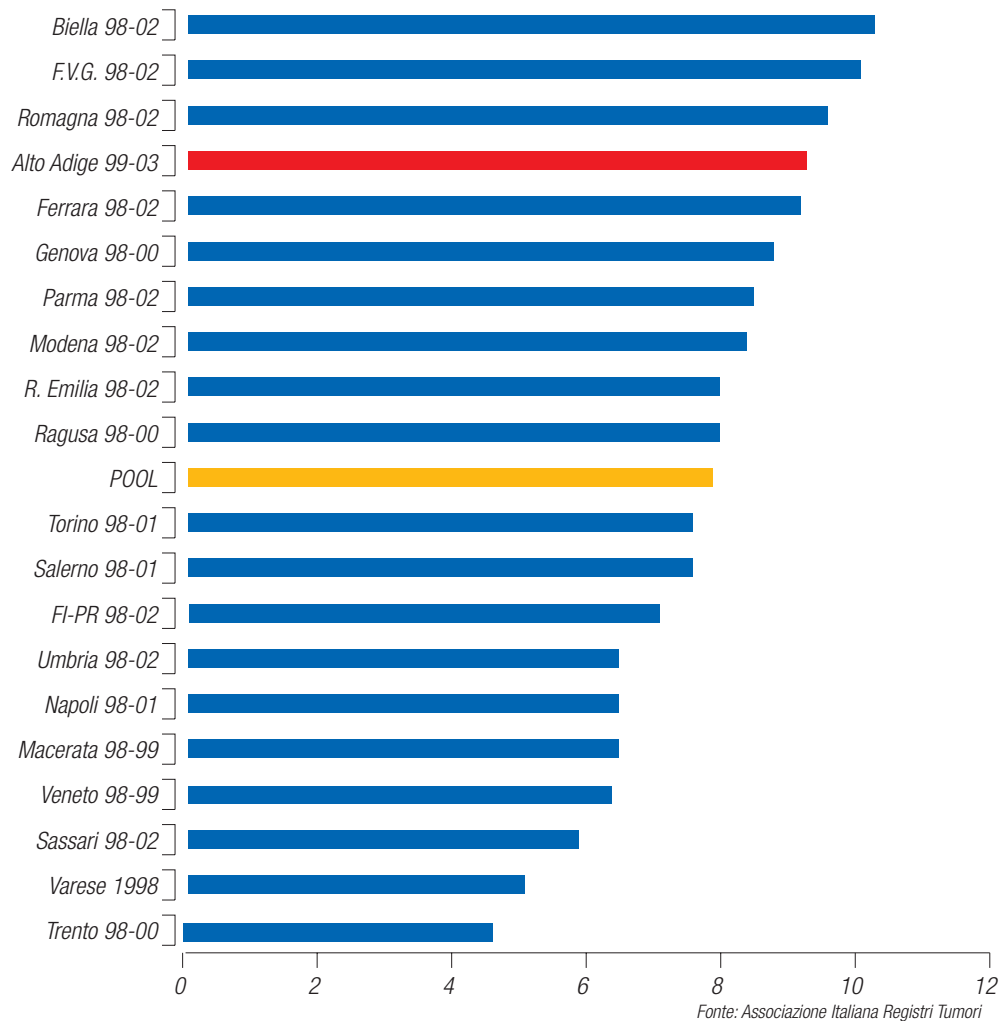


I dati 1999-2003 fanno osservare una maggiore registrazione di nuovi casi tra le residenti nelle aziende di Bolzano e Merano (che riportano tassi standardizzati pari rispettivamente a 106,8 e 101,7 casi per 100mila) rispetto alle donne che vivono a Bressanone (90,7) e Brunico (88,5).

Una seconda neoplasia verso la quale la donna può efficacemente seguire un'attività di diagnosi precoce riguarda il tumore del collo dell'utero. Anche in questo caso, la donna dispone di uno strumento (il Pap-test) che permette l'individuazione di lesioni anticipandone la loro evoluzione in cellule cancerose. L'attività di prevenzione, che nella Provincia di Bolzano riguarda una quota importante della popolazione attraverso lo screening spontaneo e su invito, influisce sicuramente sulla bassa incidenza osservata: in media, vengono registrati meno di 25 nuovi casi all'anno, pari a circa 10 donne ogni 100mila residenti. A livello italiano i tassi standardizzati oscillano da 5 a 10 casi per 100mila, a conferma della diffusione sul territorio nazionale di una elevata attenzione da parte della popolazione femminile.

**IL TUMORE DEL COLLO
DELL'UTERO**

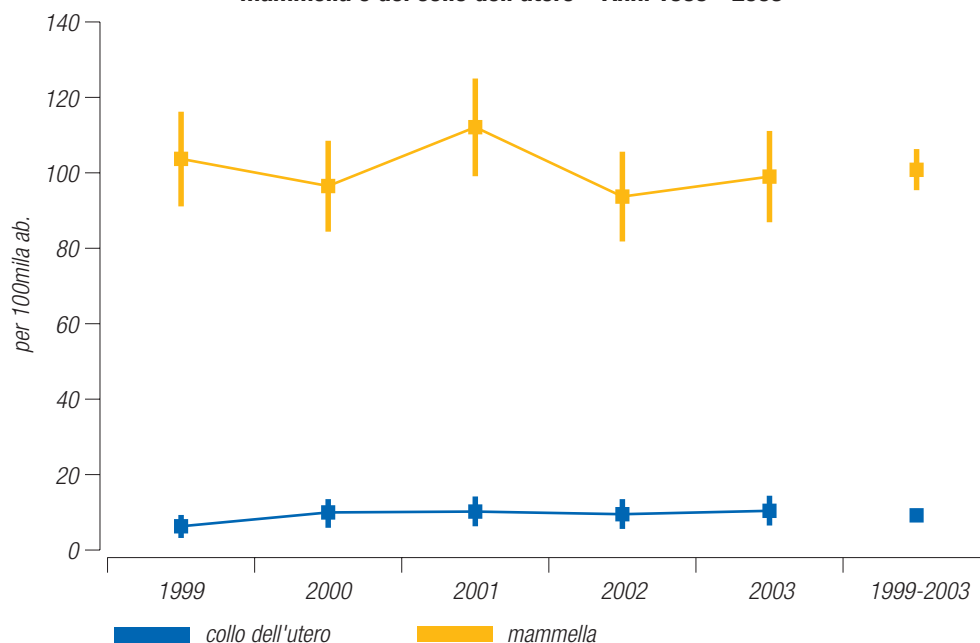
Figura 3: Tassi standardizzati di incidenza (per 100mila) - Tumore del collo dell'utero – Femmine - Italia



ANDAMENTO TEMPORALE

Per entrambi i tumori l'analisi temporale dal 1999 al 2003 non evidenzia trend particolari. Il cancro del collo dell'utero presenta un andamento fortemente stabile nel tempo. Per quanto concerne il tumore delle mammella, pur in presenza di oscillazioni numeriche di un certo rilievo (da 264 a 316 nuovi casi per anno), i tassi non si discostano in modo significativo rispetto al dato rappresentativo per l'intero periodo.

Figura 4: Tassi standardizzati di incidenza (per 100mila) - Tumore della mammella e del collo dell'utero – Anni 1999 - 2003

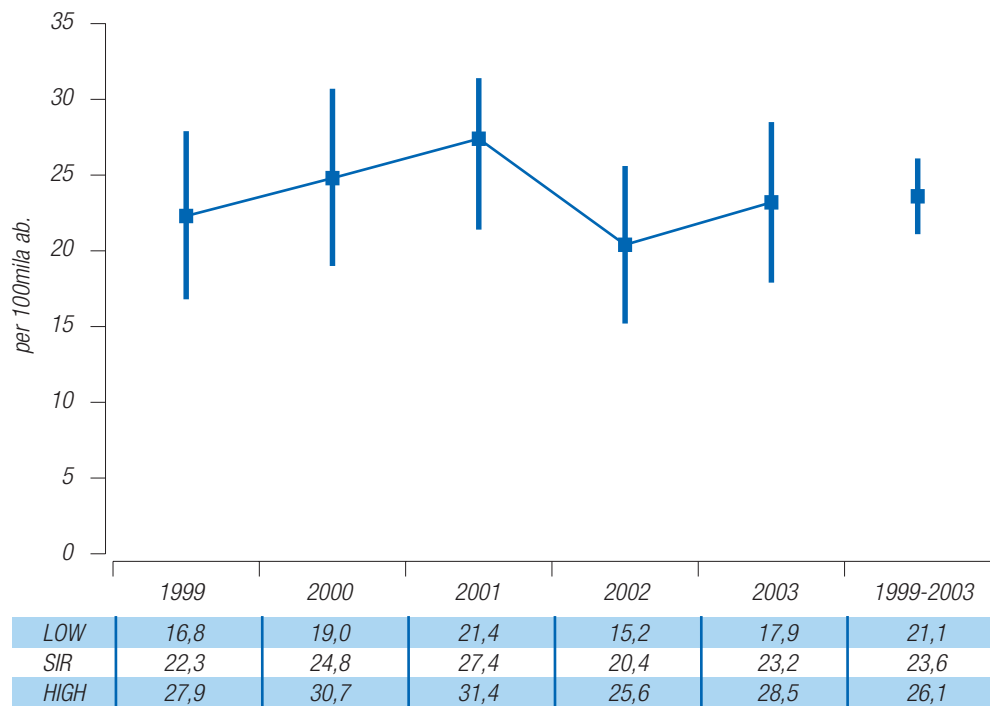


Fonte: Registro tumori dell'Alto Adige

4.2. MORTALITÀ

In generale, la mortalità per tumore osservata per le donne altoatesine negli anni 1999-2003 (131,1 decessi per 100mila) risulta molto vicino al dato medio calcolato sull'area coperta dai registri italiani (130,9). Ogni anno poco meno di 500 donne residenti in provincia perdono la vita a causa di un tumore: si tratta in prevalenza di un cancro della mammella (16% dei casi), o del colon-retto (13,6%), o del polmone (8,8%). L'età media della donna al decesso è attorno ai 74 anni, che si abbassa a 71 nel caso del tumore della mammella (in media si verificano 80 decessi all'anno). L'analisi temporale mostra una certa variabilità del tasso standardizzato di mortalità per questo tumore, senza però indicare scostamenti significativi dal dato medio di periodo. La sopravvivenza relativa a cinque anni per questo tumore è stimata a livello nazionale attorno al 75%, in linea con il dato europeo.

Figura 5: Tasso standardizzato di mortalità (per 100mila) - Tumore della mammella - Anni 1999-2003



Fonte: Associazione Italiana Registri Tumori

Sensibilmente più bassa è la mortalità dovuta al tumore del collo dell'utero: 27 altoatesine sono decedute nell'arco di 5 anni, con un'età media attorno a 73 anni. La sopravvivenza è altissima in tutti i casi diagnosticati nelle prime fasi della malattia, riducendosi poi dal 20 al 65% negli stadi più avanzati del tumore.

5. TEMI PARTICOLARI PER LA SALUTE DELLA DONNA

5.1. DISORDINI ALIMENTARI

I disturbi del comportamento alimentare (anoressia nervosa, bulimia, altri disturbi del comportamento alimentare) mostrano a livello nazionale, negli ultimi decenni, un significativo incremento di incidenza e prevalenza e rappresentano un problema sociosanitario molto importante per tutti i Paesi sviluppati. In Italia si stimano circa 3 milioni di persone con problemi di disturbi alimentari, circa 9 ragazze ogni 100 soffrono di questo disturbo. Al centro del disordine alimentare c'è da parte del paziente un'ossessiva sopravvalutazione dell'importanza della forma fisica, del proprio peso e la necessità di stabilire un controllo su di esso.

Secondo i dati del Ministero della Salute, oltre il 90% di chi soffre di questi disagi è di sesso femminile e la ragione va proprio cercata nel rapporto particolare e problematico che le donne hanno con il proprio corpo, la propria identità ed autostima; le donne hanno indubbiamente un rapporto più conflittuale rispetto agli uomini con il proprio corpo. Anoressia, bulimia, obesità psicogena spesso sono patologie che riconoscono un rapporto problematico con i genitori, in particolare con la madre; sono patologie della separazione: madre e figlia faticano a costruire un'identità separata in quanto donne e tendono a rimanere "fissate" nella posizione di madre-figlia.

Tabella 1: **Esenzioni, ricoveri ordinari e diurni per disturbi del comportamento alimentare (anoressia e bulimia nervosa, disturbi dell'alimentazione) in strutture provinciali – Anni 2004-2005**

Classe di età	2004		2005
	Esenzioni	Ricoveri	Ricoveri
15-19	41	12	20
20-24	46	9	11
25-29	36	7	12
30-34	25	4	5
35-39	22	4	7
40-44	14	1	11
45-49	5	2	1
50-54	3	3	1
55-59	1	-	-
60-64	-	1	-
65-69	-	-	-
70-74	-	1	1
75-79	-	-	-
80-84	-	1	-
84+	-	-	2
Totale	193	45	71

Fonte: Aziende sanitarie – Esenzioni, Archivio SDO

Nel corso del 2004 le esenzioni attive di donne altoatesine per anoressia nervosa e bulimia sono state 193, di cui oltre il 60% rilasciate a ragazze sotto i 30 anni di età (circa 3 ragazze ogni 1000 dai 15 ai 29 anni). Il numero di ricoveri ordinari femminili con diagnosi di anoressia nervosa o anoressia da causa non specificata, bulimia nervosa e disturbi non specificati dell'alimentazione, ha subito un incremento dal 2004 al 2005 di oltre il 55%, incremento che riguarda non solo le ragazze più giovani ma anche le donne dai 35 ai 44 anni di età.

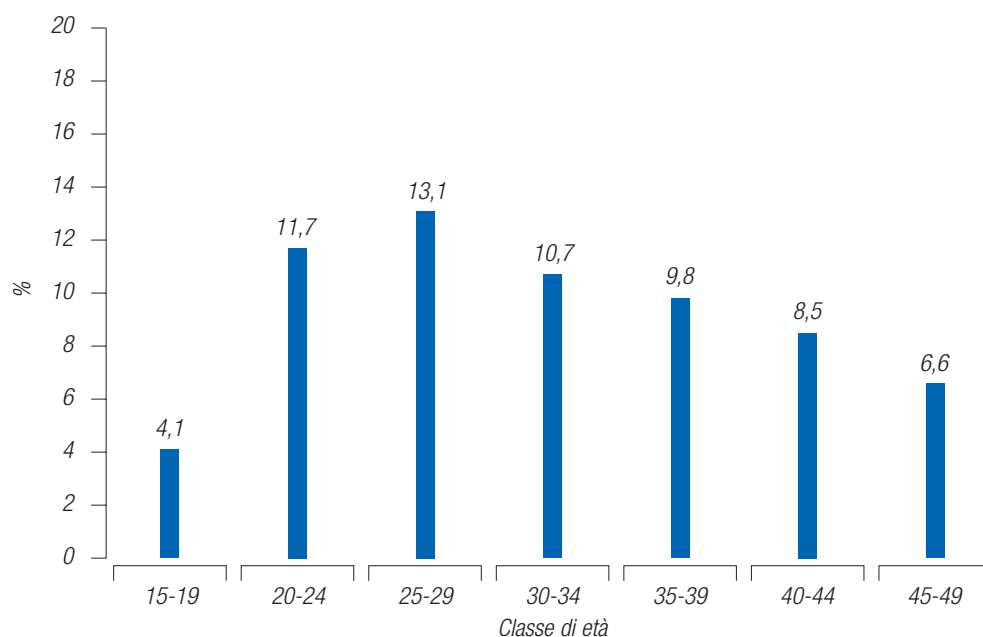
5.2. FAMIGLIA PLANNING

Come già accennato nel primo capitolo, in campo demografico e sociale è sempre più forte la necessità di teorie valide che spieghino il comportamento umano in relazione ai processi sociali in atto, in particolare nello studio del comportamento riproduttivo, caratterizzato dalla forte denatalità dei paesi sviluppati. In Europa, il tasso di fecondità totale in nessun paese raggiunge il livello di sostituzione di 2,1 figli per donna con conseguenze importanti dal punto di vista politico, economico e sociale. L'aumentata partecipazione delle donne al mercato del lavoro, il più ampio quadro di scelte di vita, dovuto anche alla maggiore disponibilità di mezzi di controllo delle nascite, hanno sicuramente contribuito a frenare la fecondità, dove però il calo non è correlato ad una perdita d'importanza dei figli e del loro ruolo nella vita dei genitori (esistono studi internazionali sull'argomento).

Con l'introduzione della pillola anticoncezionale in Italia o meglio con la sua legalizzazione nel 1975, e con le successive iniziative tendenti all'introduzione legalizzata dell'aborto, è stato fatto un grande lavoro d'informazione sui metodi contraccettivi. Il decremento delle nascite in presenza di una minore abortività può infatti essere spiegato in parte proprio con un maggior uso dei metodi contraccettivi. Le ragazze giovani spesso sono poco informate e non si rivolgono a una contraccezione sicura, mentre le donne di età intermedia, quelle che hanno magari già avuto una gravidanza, oppure che hanno un lavoro impegnativo e di responsabilità, fanno ricorso a un tipo di contraccezione molto sicura, come la pillola o la spirale o, addirittura, dopo una certa età e un determinato numero di figli, la sterilizzazione.

In Provincia di Bolzano, considerando i contraccettivi orali concedibili dal SSN, si è registrato un valore pari al 9,3% di donne in età fertile che ha utilizzato la "pillola", per un numero complessivo di confezioni acquistate che supera le 101.000 unità. La percentuale più alta si registra nella fascia d'età 25-29 anni.

Figura 1: Percentuale di donne altoatesine che utilizzano contraccettivi orali – Anno 2004

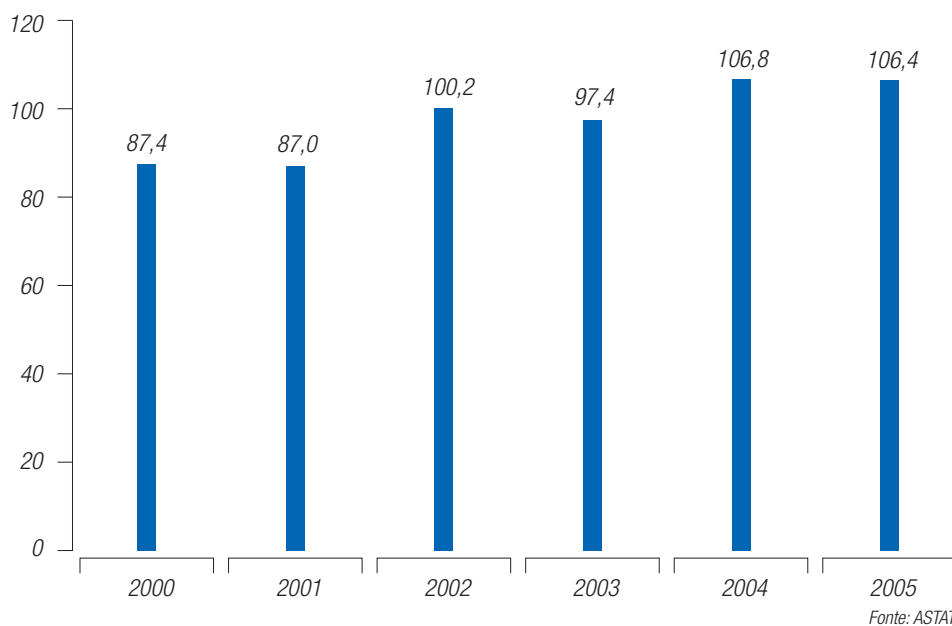


Fonte: Ufficio contabilizzazione ricette – Azienda Sanitaria di Bolzano

Dal 2000 al 2005 il rapporto di abortività volontaria ha subito, in Alto Adige, un aumento del 22% (da 87,4 a 106,4 ogni 1.000 nati vivi), pur rimanendo sempre largamente al di sotto dei valori nazionali. Il 30% delle IVG avvenute nel corso del 2005 sono state effettuate da donne con cittadinanza straniera, e questo numero è in continua crescita proporzionalmente all'aumento costante, negli ultimi anni, della presenza di donne straniere in provincia.

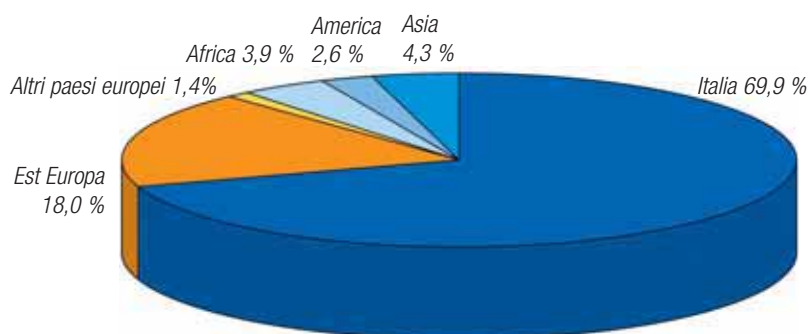
IVG

Figura 2: Rapporto di abortività volontaria – Provincia di Bolzano, anni 2000-2005



Fonte: ASTAT

Figura 3: Interruzioni volontarie di gravidanza per cittadinanza nelle strutture provinciali – Anno 2005



Fonte: ASTAT

Il 3,4% delle donne, che hanno partorito nel corso del 2005, ha avuto in passato almeno un'esperienza di interruzione volontaria di gravidanza e tra queste nell'82,2% dei casi è stato registrato un unico intervento IVG, nel 13,1% due interventi e nel restante 4,7% tre o più interventi precedenti all'attuale parto.

Tabella 2: Numero IVG precedenti rispetto all'ultimo parto per età della madre - Provincia di Bolzano, anno 2005

Età	Numero IVG			
	1	2	3	3+
Donne <35 anni	102	15	2	2
Donne >=35 anni	55	10	5	-
TOTALE	157	25	7	2

Fonte: Aziende sanitarie - Cedap

5.3. CONTROLLI E PREVENZIONE IN GRAVIDANZA

In medicina la prevenzione è sempre stata considerata la migliore forma di cura e uno dei campi della medicina dove questo concetto ha raggiunto la sua massima applicazione è proprio quello delle cure in gravidanza. Una donna che desideri la maternità deve sapere che la prevenzione inizia ancora prima della gravidanza; il cosiddetto "controllo preconcezionale" può aiutare ad identificare alcune malattie ereditarie, come ad esempio l'anemia ereditaria, può consentire la valutazione dello stato immunitario materno nei confronti delle malattie infettive più comuni, come rosolia e toxoplasmosi, le condizioni generali dell'organismo materno, le sue precedenti malattie e l'eventuale uso di farmaci. Anche l'accertamento tempestivo dello stato gravidico e il rivolgersi senza perdita di tempo al centro o al medico che lo seguirà, è prevenzione. La regolarità dei controlli ha contribuito a ridurre in modo incisivo la percentuale di inconvenienti per la mamma e il suo bambino che si è verificata in Italia e nel mondo negli ultimi 40 anni.

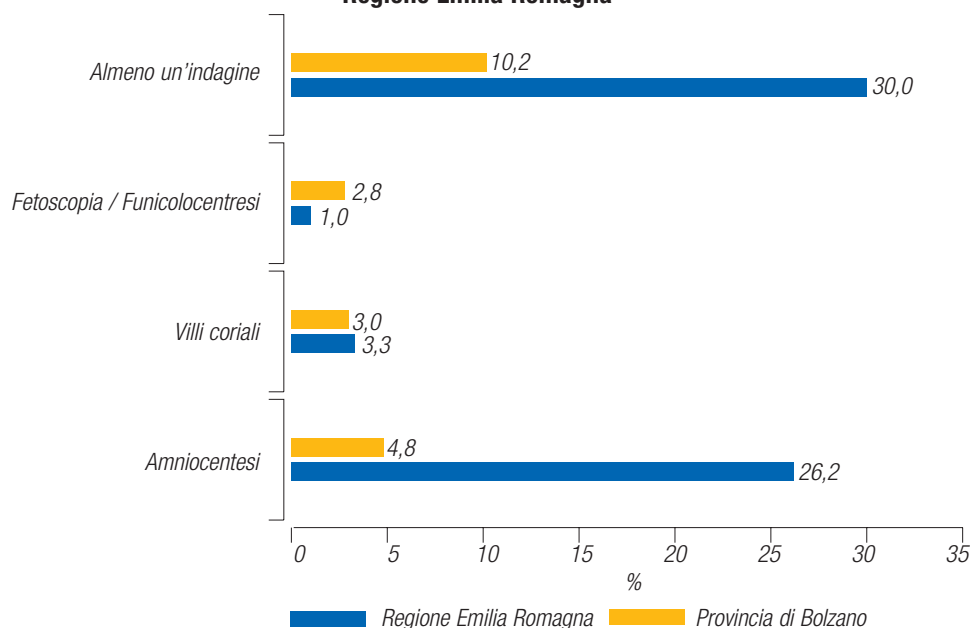
Le donne che hanno partorito in Alto Adige nel 2005 ed hanno eseguito almeno un'indagine prenatale invasiva sono 579, pari al 10,2%. Il 4,8% ha effettuato un'amniocentesi, il 3,0% ha effettuato una villocentesi; sono state inoltre effettuate 156 fetoscopie o funicolocentesi (2,8% di donne). Rispetto al altre realtà italiane, come la regione Emilia Romagna, le donne altoatesine che effettuano un'amniocentesi sono percentualmente molto inferiori. Nel gruppo di donne di età superiore ai 35 anni (fattore di rischio che comporta l'offerta dell'intervento) si osserva un'indagine invasiva prenatale nel 25% dei casi.

Tabella 3: Distribuzione dei parti secondo l'effettuazione di indagini prenatali e età della madre – Provincia di Bolzano, anno 2005

Età	Indagini perinatali							
	Amniocentesi		Villi coriali		Fetoscopia/ Funicolocentesi		Almeno un'indagine	
		%		%		%		%
Donne < 35 anni	74	1,8	20	0,5	117	2,8	208	5,0
Donne ≥ 35 anni	197	13,3	150	10,1	39	2,6	371	25,0
Totale	271	4,8	170	3,0	156	2,8	579	10,2

Fonte: Aziende sanitarie - Cedap

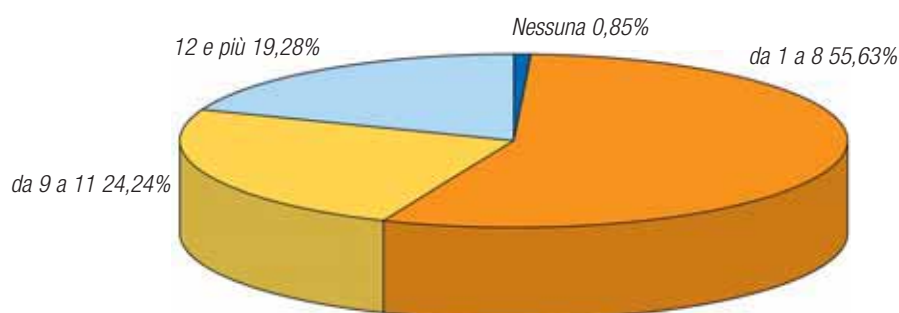
Figura 4: Effettuazione di indagini perinatali – Confronto Provincia di Bolzano, Regione Emilia Romagna



Fonte: Aziende sanitarie – Cedap, Regione Emilia Romagna

Il 92,4% delle neo-mamme altoatesine del 2005 ha effettuato più di 4 visite in gravidanza. Relativamente all'epoca della prima visita in gravidanza, il 55,6% delle donne effettua la prima visita a meno di 8 settimane di età gestazionale. Le primigravide effettuano con minor frequenza, rispetto alle plurigravide, una prima visita dopo l'undicesima settimana (17,2% contro 21,1%). Le cittadine straniere accedono più tardivamente alla prima visita in gravidanza (quasi una donna straniera su 3 effettua la prima visita appena dopo l'undicesima settimana di gestazione).

Figura 5: Epoca (in settimane) della prima visita in gravidanza – Provincia di Bolzano, anno 2005



Fonte: Aziende sanitarie - Cedap

BIBLIOGRAFIA

- ASSR, *Monitor nr.12, 2005. Donne e Farmaci*, 59-62
- ASTAT. *Rapporto Gender*, 2006.
- ASTAT. *Annuario statistico della Provincia di Bolzano*, 2005.
- ASTAT. *Raccolta di tabelle, Multiscopo sulle famiglie*, 2005
- ASTAT. *Occupati e disoccupati in Provincia di Bolzano, 2001-2005*
- ASTAT. *Quadro sociale della provincia di Bolzano*, 2004.
- Commission of the European Communities. *The state of women's health in the European Community*, Brussel 1997
- CNR. *Report, La nuova immagine della famiglia nelle società avanzate*, 1998, 94-95
- Corriere della Sera. „Wef: in Italia donne discriminate sul lavoro“, 17.05.2005
- EUROSTAT. *Bevölkerungstatistik*, 2004.
- http://it.wikipedia.org/wiki/Tiroidite_di_Hashimoto
- <http://www.provincia.torino.it/salute/dwd/pdf/determinanti.pdf>
- <http://www.sceglitu.it/newsletter/arisi.php>
- IOM. *Report annuale, Understanding the biology of sex and gender differences*
- ISS. *Dossier, alcol, donna e salute*, 57-67
- ISTAT. *Annuario statistico italiano*, 2005.
- ISTAT. *Statistiche in breve, L'uso e l'abuso di alcol in Italia*, 2006
- Ministero della Salute. *Piano Sanitario Nazionale 2006-2008*
- Ministero della Salute. *Le donne in Italia tra salute, dipendenza e solitudine*, 2005.
- Ministero della Salute. *Fumo, alcol, alimentazione errata e sedentarietà sono causa di malattie per la metà degli europei*, 2006
- Ministero della Salute. *L'emancipazione non passa per il fumo*, 2004
- Ministero della Salute. *Centri per la cura dei disturbi alimentari (Anoressia e bulimia)*
- Ministero per le Pari opportunità, Ministero della Salute. *Anoressia, bulimia e obesità psicogena*.
- OMS. (Dipartimento per la salute della donna), *Gender and Health*
- OSMED. *L'uso dei farmaci in Italia*, 2004
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, Commissione nazionale per le pari opportunità. *Kit Candidata*.
- Provincia di Torino. *Quaderni della Salute nr.2, La salute delle donne*, 2005.

