



Projet FEMMES
Progetto DONNE

PITEM PROSOL

Profilo di salute
 della popolazione femminile residente nel territorio
 dell'ASL TO3 (Piemonte, Italia)



A cura di

Dr. Luigi SCAVINO, medico di Coordinamento Area Territoriale presso l'ASL TO3

Con la supervisione di

Dr.ssa Roberta FRANZIN

Dr.ssa Gaia MARCHETTI

Con il prezioso aiuto di

Dr.ssa Irene CASTAGNO, medico specializzando in Igiene e Sanità Pubblica

Dr.ssa Erika POMPILI, medico specializzando in Igiene e Sanità Pubblica

Con la collaborazione del Servizio Sovrazonale di Epidemiologia (SEPI), in particolare



**EPIDEMIOLOGIA
PIEMONTE**

Dr. Marco DALMASSO

Dr. Carlo MAMO

Collegno, 23 Febbraio 2021

Sommario

1 – OBIETTIVO	3
2 – DOMANDE DELLA RICERCA	3
3 – DEFINIZIONI.....	3
4 – METODI.....	4
5 – RETE E FONTI INFORMATIVE.....	4
6 – RISULTATI PRELIMINARI	4
6.1 – Demografia e caratteristiche del territorio.....	4
6.2 – Caratteristiche sociali	7
6.3 – Stili di vita	7
6.4 – Stato di salute	8
6.5 – Accessibilità ai servizi socio-sanitari.....	11
6.5 – Violenza di genere	12
6.6 – Pregiudizio e discriminazione in ambito scolastico e lavorativo.....	15
6.7 – Gestazione, parto, puerperio.....	16
6.8 – Adesione alle campagne vaccinali e di prevenzione	18
7 – CONSIDERAZIONI.....	20
8 – BIBLIOGRAFIA.....	21

1 – OBIETTIVO

Per programmare ed orientare gli interventi sui bisogni della popolazione femminile in uno specifico contesto territoriale della Regione Piemonte, afferente all'Azienda Sanitaria Locale (ASL) TO3, è risultato necessario tracciare un profilo delle relative caratteristiche socio-demografiche, dello stato di salute, degli stili di vita e dei bisogni espressi. In particolare, si è posta l'attenzione sulle due aree oggetto della sperimentazione nell'ambito del Progetto Europeo *Femmes/Donne* del PITEM PRO-SOL: il comune di Collegno ed il territorio della città di Pinerolo e della Val Pellice (comprendente un totale 30 comuni). Tali territori, entrambe afferenti all'ASL TO3, seppur geograficamente vicini presentano caratteristiche geofisiche (e conseguentemente antropiche) molto differenti tra loro: da una parte, un contesto metropolitano e fortemente urbanizzato; dall'altra, un contesto rurale, in gran parte montuoso, con una bassa densità abitativa.

Il bisogno di tracciare un profilo di salute della popolazione femminile nasce dalla necessità di aiutare a individuare i target per pianificare interventi utili per uno specifico contesto, dando una base scientifica al lavoro e agli obiettivi dei Partner, degli Stakeholders e dei Soggetti Attuatori del progetto Donne del PITEM PRO-SOL, disegnando una mappatura dei bisogni socio-sanitari della popolazione femminile con il fine ultimo di orientare gli interventi in modo puntuale ed il più possibile inclusivo.

Lo scopo di questa ricerca è pertanto quello di offrire degli spunti e degli elementi di conoscenza utili al disegno degli interventi da parte degli attori del Progetto Donne ma anche, più ambiziosamente, al disegno delle future politiche socio-sanitarie, per la costruzione di una Società sempre più attenta alle esigenze di tutte le comunità da cui è costituita.

2 – DOMANDE DELLA RICERCA

Negli incontri con i Soggetti Attuatori ed il Gruppo Tecnico si è deciso di partire dalla declinazione dei significati di *Fragilità* e *Vulnerabilità* in tutte le loro accezioni misurabili, con la conseguente individuazione di indicatori utili alla loro mappatura. Si è quindi posta l'attenzione all'individuazione del fenomeno della violenza di genere, al fenomeno del pregiudizio e della discriminazione (con particolare attenzione all'ambito lavorativo), all'accessibilità alle cure (intesa come aderenza ai programmi di screening offerti dal SSN, corretta medicalizzazione del percorso di gravidanza, parto e puerperio, partecipazione alle campagne vaccinali), all'individuazione delle più frequenti cause di ricovero e degli stati patologici che colpiscono prevalentemente la popolazione femminile.

In tutti questi ambiti è stato dimostrato che il disporre di minori mezzi economici, l'essere straniera, l'abitare in luoghi più remoti e più difficilmente accessibili ai servizi offerti dal SSN e dai servizi sociali e l'età avanzata sono importanti fattori di rischio in grado di determinare la fragilità e la vulnerabilità della popolazione in esame, su cui pertanto occorre lavorare per garantire una maggior tutela e indipendenza.

La sperimentazione di questo progetto arriva, inoltre, in un momento storico particolarmente delicato, in cui la pandemia da SARS-CoV-2 ha allontanato e reso più difficoltoso l'accesso ai servizi a tutta la popolazione, esponendo ulteriormente (e soprattutto) le fasce di popolazione più vulnerabili, esacerbando in ultima analisi le differenze sociali, già presenti in maniera importante nel nostro territorio.

3 – DEFINIZIONI

Diversi studi, sia internazionali che nazionali [Steinbrook et al. 2011] [Costa et al. 2004], hanno evidenziato l'esistenza di una certa variabilità nell'accesso ai servizi socio-sanitari e che tale variabilità può essere dovuta non solo a elementi relativi alla offerta in sé, ma anche ad alcune caratteristiche della domanda, non necessariamente descrivibili con variabili di tipo clinico. Con lo scopo di identificare i determinanti di questo tipo di disuguaglianza si è partiti dalla definizione dei concetti di *Fragilità* e *Vulnerabilità*:

FRAGILITÀ: viene generalmente definita all'interno di due paradigmi principali: biomedico e bio-psico-sociale. Secondo il *paradigma biomedico*, la fragilità è definita come una "sindrome clinica, caratterizzata da un insieme di segni e sintomi che rendono l'individuo, per quanto in equilibrio, particolarmente suscettibile ad insulti come perdita di peso non voluta, esauribilità, bassa capacità di spesa energetica, rallentamento motorio e debolezza" [Xue et al. 2011]. Il *paradigma bio-psico-sociale*, d'altra parte, definisce la fragilità come "uno stato dinamico che colpisce gli individui con perdite attraverso uno o più domini funzionali (fisici, psicologici e sociali), aumentando il rischio complessivo di esiti avversi" [Gobbens et al. 2010]. Questo concetto richiede dunque un punto di vista olistico globale della persona e della sua situazione tenendo conto dei fattori medici, ambientali, educativi, economici e psicologici.

VULNERABILITÀ: la letteratura socio-sanitaria identifica spesso la vulnerabilità sociale come un possibile determinante di problemi relativi ai determinanti sociali della salute. Ben Wisner la definisce come "condizione ambientale caratterizzata da un insieme di fattori che rendono l'individuo, per quanto in equilibrio nel suo contesto familiare e sociale, particolarmente suscettibile a scompensarsi a fronte di eventi anche minimi" [Wisner et al. 2004]. Da tale definizione si deduce che la vulnerabilità non sia, pertanto, un semplice sinonimo di fragilità (clinica), povertà (economica) o marginalità (sociale), bensì un fenotipo che ha determinanti "genotipici" multipli che si possono identificare e valorizzare solo con un modello di tipo complesso.

4 – METODI

Per il tracciamento dei bisogni di salute della popolazione femminile si sono utilizzati dati ed indicatori ottenuti dai principali flussi informativi correnti che i sistemi statistici, amministrativi e sanitari mettono a disposizione.

È stata seguita, ove possibile, la logica del confronto spazio-temporale in modo da evidenziare la variabilità dei diversi fenomeni nei territori messi a confronto con il valore complessivo della ASL TO3 e/o della media regionale, nonché il loro andamento nel tempo. Si sono così individuate le fasce di popolazione e i territori target più bisognosi di attenzione e di servizi, su cui orientare le risorse e pianificare le attività.

Il nostro approccio ha dunque previsto la redazione di una ricerca epidemiologica *quantitativa*, mediante analisi delle fonti informative, che dovrà essere integrata da indagini di natura *qualitativa* (mediante l'organizzazione di *focus groups*, ad esempio per la sensibilizzazione, prevenzione ed il contrasto della violenza di genere rivolto a donne in condizione di fragilità).

5 – RETE E FONTI INFORMATIVE

L'approccio metodologico prevede la determinazione dei bisogni di salute partendo dalla situazione generale fino ad arrivare al nostro specifico contesto (regionale e territoriale). Per arrivare a ciò si è resa necessaria la collaborazione tra:

ASL TO3, in qualità di partner del Progetto, insieme a SEPI (Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, struttura a direzione universitaria della ASL TO3);

Comune di Collegno, in qualità di Soggetto Attuatore, con la collaborazione dello Sportello Donne di Collegno, per la rete locale;

CISS (Consorzio Intercomunale dei Servizi Sociali) di Pinerolo, in qualità di Soggetto Attuatore;

IRES Piemonte, in qualità di Stakeholder e soggetto attuatore della Regione Piemonte.

I dati relativi ai numeri rilevati all'interno del nostro specifico territorio (Comune di Collegno, Pinerolo e Val Pellice) provengono dalla banca dati MADEsmart (*Motore Analisi Dati Epidemiologici*); dal motore di ricerca PiSta! (*Piemonte STATistica e B.D.D.E.*) per quanto concerne gli indicatori demografici, in collaborazione con SEPI; dal sistema di sorveglianza PASSI (*Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia*), coordinato dall'ISS, per l'analisi dei fattori di rischio; dai dati dell'ultimo Censimento ISTAT della popolazione italiana (15° Censimento, 2011).

Altre fonti informative da cui sono stati attinti i dati già presenti in letteratura sono il *Rapporto Osservasalute 2018*; il *Rapporto BES (Benessere Equo e Sostenibile in Italia) del 2019* e *l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile* (in modo particolare il 5° Sustainable Development Goal, Gender Equality), da cui sono stati tratti alcuni indicatori utili ai fini della ricerca; articoli a cura di Istat, Eures, Eurostat, Euralp, Istituto Superiore della Sanità (ISS), Ministero della Salute; il rapporto "Uguaglianza di genere in Piemonte. 2019", a cura di IRES; il rapporto "Nascere in Piemonte: anni 2006-2016" stilato dall'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte; il rapporto "40 anni di salute a Torino: spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche", pubblicato nel 2017 a cura di Costa, Stroschia, Zengarini, Demaria; documenti tratti dal sito del CPO Piemonte (*Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica*) e del SEREMI (*Servizio di riferimento Regionale di Epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle Malattie Infettive*). Per la ricerca di ulteriori dati in letteratura ci si è avvalsi della banca dati scientifica PubMed.

6 – RISULTATI PRELIMINARI

6.1 – Demografia e caratteristiche del territorio

L'ASL TO3 è la seconda ASL più popolosa di tutto il Piemonte, seconda solo ad ASL Città di Torino: conta 577.311 residenti totali, di cui 295.835 donne al 31 dicembre 2019; è in minima flessione rispetto al decennio precedente (584.579 abitanti di cui 299.312 donne).

Il territorio dell'ASL TO3 è suddiviso in 5 distretti: Area Metropolitana Centro (AMC), Area Metropolitana Nord (AMN), Area Metropolitana Sud (AMS), Pinerolese, Val Susa/Val Sangone.

Il distretto AMC conta in totale 5 comuni (Collegno, Grugliasco, Rivoli, Rosta, Villarbasse); tra questi, l'attenzione è posta alla città di Collegno, oggetto della sperimentazione del Progetto (tramite il Comune di Collegno, in qualità di Soggetto Attuatore).

Il distretto Pinerolese, invece, conta in totale 47 comuni; tra questi, l'attenzione viene posta sui 30 comuni (appartenenti al territorio della Val Pellice) oggetto della sperimentazione da parte del CISS di Pinerolo (in qualità di Soggetto Attuatore). I comuni in questione vengono qui di seguito elencati: Pinerolo, Airasca, Angrogna, Bibiana, Bobbio Pellice, Bricherasio, Buriasco, Campiglione Fenile, Cantalupa, Cavour, Cercenasco, Cumiana, Frossasco, Garzigliana, Luserna S. Giovanni, Lusernetta, Macello, Osasco, Piscina, Prarostino, Roletto, Rorà, S. Pietro Val Lemina, S. Secondo di Pinerolo, Scalenghe, Torre Pellice, Vigone, Villafranca Piemonte, Villar Pellice, Virle Piemonte.

La popolazione femminile residente nel territorio di Collegno ammonta a fine 2019 a 25.800 unità (per un totale di 49.539 abitanti: le donne sono il 52%), in lieve flessione rispetto a 10 anni prima (26.098 su 50.222).

Il distretto del Pinerolese (47 comuni in totale) conta a fine 2019 68.115 donne, su un totale di 133.328 persone (donne: 51%) (dieci anni prima: 70.098 su 136.551, 51%); focalizzando l'attenzione sui comuni del Pinerolese oggetto della sperimentazione (30 comuni in totale, comprendenti Pinerolo e tutti i comuni della val Pellice), a fine 2019 essi contano in tutto 114.625 abitanti, di cui 58.704 donne (pari al 51% dei residenti nel territorio).

Il distretto più densamente abitato risulta essere quello dell'Area Metropolitana Centro (a cui il Comune di Collegno afferisce), con 1.800 residenti al Km² circa; i due distretti meno antropizzati sono invece quelli prevalentemente montani della Val Susa/Val Sangone (95 residenti al Km² circa) e del Pinerolese (99,8 residenti/Km²).

La diversa densità abitativa tra questi territori trova giustificazione nelle peculiari caratteristiche orografiche che li caratterizzano.

In particolare, i distretti AMC, AMN e AMS si sviluppano nella prima e seconda cintura della Città di Torino, in un contesto pianeggiante (il comune di Collegno sorge a 302 m s.l.m.) e pertanto di alta densità abitativa, ricco di infrastrutture e ben collegato ai servizi di pubblica utilità.

Il territorio di Pinerolo e della Val Pellice (all'interno del distretto Pinerolese), invece, con una superficie di circa 300 km² e una bassa densità abitativa, si sviluppa in un'area con un'altitudine che va dai 376 m s.l.m. della città di Pinerolo fino ai 3.176 m s.l.m.

Da notare, inoltre, che più della metà dei comuni afferenti alla Val Pellice contano solamente tra i 1.000 e i 5.000 abitanti, e che la densità abitativa è molto diversa tra i vari comuni: Pinerolo, che vanta la maggiore, conta 709 ab/km², seguito da Luserna San Giovanni (422 ab/km²) e Villar Perosa (360 ab/km²); i comuni che registrano i valori minori sono invece quelli dell'alta valle.

La coesistenza di tali contesti geografici, molto differenti tra loro, viene esaltata dalla profonda differenza di copertura (intesa sia come rete mobile, sia come rete cablata) tra le aree maggiormente urbanizzate e quelle rurali.

A tal proposito, gli interventi previsti dal *Piano Banda Ultralarga* (che la Regione Piemonte cofinanzia attraverso i fondi europei stanziati) hanno lo scopo di garantire internet veloce nelle aree dove gli operatori di mercato non hanno programmato di investire direttamente. Nonostante il progetto sia stato avviato in Italia nel 2015, la copertura è stata avviata solo durante il 2018, con ulteriori notevoli ritardi dovuti alla pandemia da Covid-19.

Le due cartine qui riportate, tratte dal sito dell'AGCOM (Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni), descrivono la situazione all'interno dei territori dell'ASL TO3, dimostrando in maniera inequivocabile la minore copertura della rete mobile, ed in maniera ancor più significativa di quella cablata, nei territori dei Distretti Val Susa/Val Sangone e Pinerolese rispetto alle aree metropolitane e maggiormente urbanizzate.

Figura 1. AGCOM, Copertura della rete mobile nei territori dell'ASL TO3 aggiornata al 2019. Il colore arancione indica le aree popolate senza copertura Internet; il colore verde indica le aree non popolate senza copertura Internet.

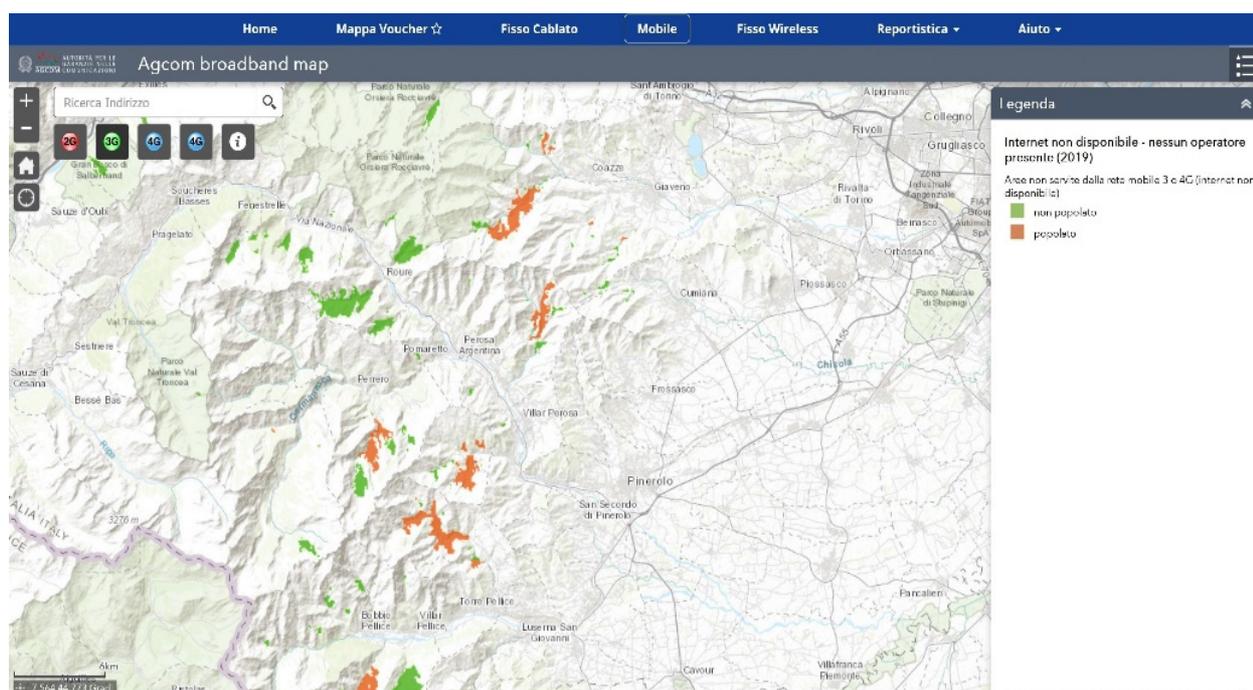
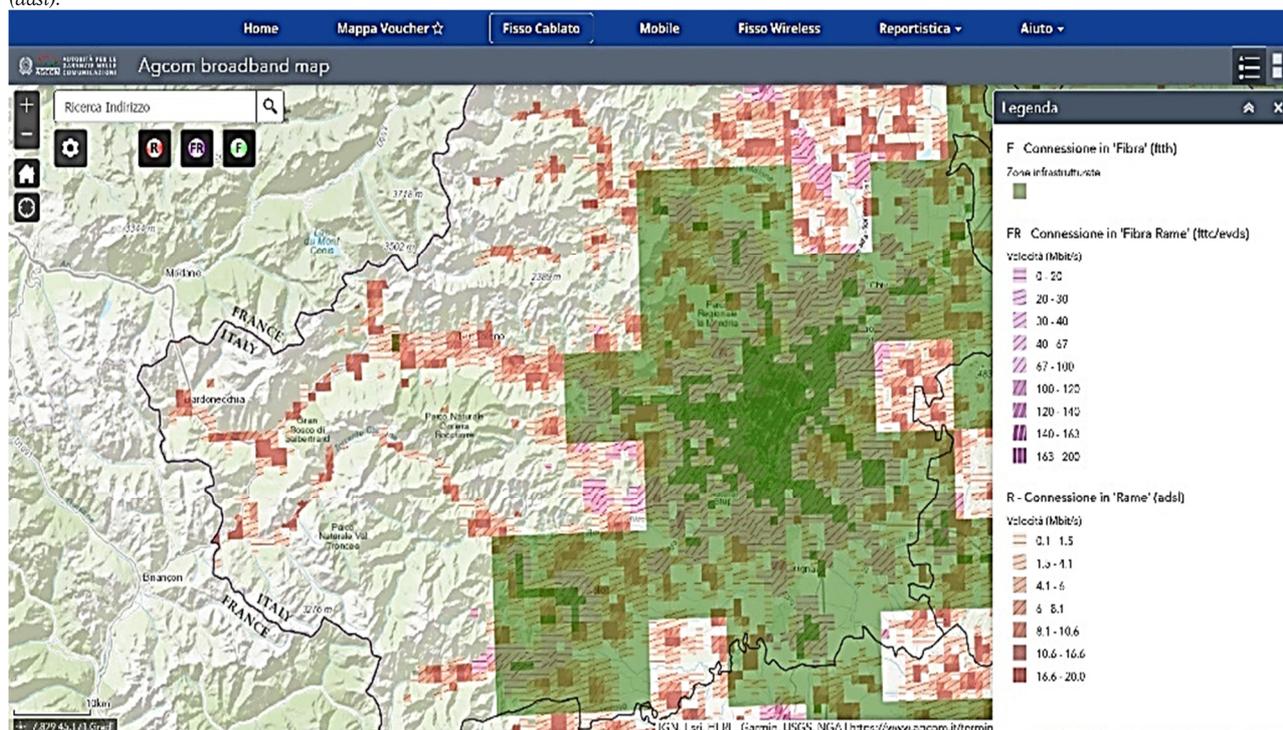


Figura 2. AGCOM, Copertura della rete fissa cablata nei territori dell'ASL TO3 aggiornata al 2019. Il colore verde indica la presenza della connessione in Fibra; il colore viola indica la presenza della connessione in Fibra Rame; il colore rosso indica la presenza della connessione in Rame (adsl).



Rispetto alla dinamica di popolazione, che tiene conto dei fenomeni di natalità, mortalità e migrazione, si osserva nel territorio dell'ASL TO3 nel 2019 un **saldo naturale negativo**, pari a -3.091, ovvero -0,6% (-1.596 donne, -1.495 uomini), dovuti soprattutto a un numero maggiore di morti (6.556) rispetto a quello dei nati (3.465), che si riflettono su un **tasso di natalità** del 7‰ e **di mortalità** dell'11,4‰ (rispettivamente in diminuzione e in crescita rispetto al decennio precedente, quando ambedue i valori si attestavano attorno al 9‰).

A Collegno il saldo naturale al 2019 è di -174 (di cui 89 donne), -0,6%, nel Pinerolese è di -929 (di cui 476 donne), -0,7%. Questi dati risultano essere sostanzialmente in linea con quelli osservati complessivamente a livello regionale, ove il saldo naturale, al 2019, risulta essere di -25.163 unità (-0,48%), il tasso di natalità del 6,6‰, ed il tasso di mortalità del 12,2‰.

Nel complesso, gli **stranieri residenti** nei territori dell'ASL TO3 sono il 5,5% della popolazione; risultano percentualmente più numerosi nel Distretto Pinerolese (6,7%), così come in quello della Val Susa/Val Sangone, ma comunque si tratta di percentuali significativamente più basse di quelle che si registrano mediamente nel resto del Piemonte (10%) e della città di Torino (15,2%).

Il **saldo migratorio complessivo** nei territori dell'ASL TO3 è di 1.044 (di cui 556 donne) nel 2019, in netta diminuzione rispetto a 10 anni prima (2.420 di cui 1.629 donne), segno di una sempre più bassa e costante capacità attrattiva di tutti i territori in questione nei confronti degli stranieri.

Il saldo migratorio femminile a Collegno è nel 2019 di -49 unità (quello degli uomini è di +34), dieci anni prima era di +143 unità per le donne e -43 per gli uomini. Nel Pinerolese nel 2019 è di +205 per le donne e +261 per gli uomini, in diminuzione rispetto a 10 anni prima (+516 nelle donne, +448 per gli uomini).

Al 2019, gli stranieri residenti in ASL TO3 sono 33.148 (5,7%), di cui 18.224 donne e 14.924 uomini. I paesi più rappresentati sono: Romania (17.406, di cui 9.815 donne), Marocco (3.066 di cui 1.578 donne), Albania (1.754, di cui 903 donne), Cina (1.378, di cui 697 donne).

A Collegno gli stranieri sono 2.724, di cui 1.591 donne (la maggior parte) (il 6,1% delle donne residenti a Collegno è straniera), nel Pinerolese sono 9.402, di cui 5.014 donne (7,3% della popolazione femminile residente); in entrambe le realtà i Rumeni rappresentano la categoria più numerosa (1.447 a Collegno, di cui 863 donne, e 4.557 a Pinerolo, di cui 2.506 donne).

A Collegno il numero medio di componenti per famiglia è di 2,2 al 2019 (2,3 dieci anni prima), leggermente più alto di quello del Pinerolese (2,0, costante negli ultimi anni). Tali valori risultano essere in linea con quelli regionali (il numero di componenti medio per famiglia in Piemonte risulta essere nel 2019 di 2,16, ed era di 2,21 dieci anni prima).

L'età **media** della popolazione femminile dell'ASL TO3 si attesta a 47,9 anni (dati del 2017), allineata a quella regionale (48,04) e in crescita rispetto al decennio precedente (45,5), con una variabilità interdistrettuale di 1,4 anni tra l'Area Metropolitana Sud (46,6 anni, l'area "più giovane" del territorio afferente all'ASL TO3) ed il Pinerolese (48,5, l'area "più vecchia"). L'Area Metropolitana Centro, a cui afferisce il comune di Collegno, si pone a metà, con un'età media della popolazione femminile di 47,7.

Le piramidi dell'età del comune di Collegno e del Pinerolese messe a confronto non mostrano situazioni statisticamente significative: circa un quarto della popolazione femminile sia dell'intera regione, sia dell'ASL TO3, sia del comune di Collegno, sia del Pinerolese, ha più di 64 anni (in crescita rispetto al decennio precedente: 21%); l'8,5% supera gli 80 anni (nel 2009 solo il 5%).

La prevalenza della popolazione anziana viene confermata dall'**indice di vecchiaia** che registra nell'intera ASL TO3 194 anziani (over 65) ogni 100 giovani (under 15). Tale indice è più basso rispetto alla media della Regione Piemonte, che si attesta a 202. Andando a stratificare tali dati per distretto si osserva però che, se all'interno del distretto AMC il valore si attesta attorno a 206 (in linea con la media regionale), il distretto Pinerolese registra un indice di vecchiaia particolarmente elevato (221) e in forte crescita rispetto al decennio precedente (183), con tuttavia forti discrepanze tra i comuni montani e i comuni di pianura, che hanno tassi decisamente più contenuti. Tali dati riflettono, come anche la letteratura suggerisce [Dematteis et al. 2018], la tendenza sempre più spiccata dei territori di montagna allo spopolamento e all'invecchiamento della popolazione.

Anche l'**indice di dipendenza** (misura del carico della popolazione in età non produttiva diviso quella in età attiva) risulta in crescita nell'ultimo decennio, passando dal 52 al 61% (in linea con i dati della Regione); anche in quest'ultimo caso, i due distretti che fanno registrare i valori più alti sono l'Area Metropolitana Centro (63,5%) e il Pinerolese (62,4%).

6.2 – Caratteristiche sociali

Gli indicatori di posizione socio-economica rappresentano importanti predittori per la salute, mostrando sistematicamente livelli di salute sfavorevoli quando i soggetti ne sono meno provvisti [Bosma et al. 2014]. Il sistema di sorveglianza PASSI consente di misurarne alcuni, tra cui l'istruzione: è bene però sottolineare che si tratta di dati *su campione*.

La percentuale di popolazione femminile con un livello di **istruzione** medio-basso (fino al diploma di licenza media inferiore) residente nell'ASL TO3 è pari al 40%, in netta diminuzione rispetto al decennio precedente (49%) e con andamenti simili alla media regionale (38%, 46% dieci anni fa) e nazionale (40%, 51% dieci anni fa), segno di un buon accrescimento del livello culturale medio della popolazione.

L'indagine PASSI consente di rilevare anche la percezione della popolazione rispetto alle proprie **condizioni economiche**: nel triennio 2007/2010, cioè a cavallo del ciclo recessivo di crisi economica-finanziaria, 10 soggetti su 100, in Italia, affermavano di avere molte difficoltà economiche nella gestione del proprio bilancio familiare, quota che sei anni dopo è passata al 14%, mostrando gli effetti di medio periodo della crisi. In Piemonte la percentuale è invece rimasta stabile nei periodi considerati attestandosi attorno all'11%.

Se è vero che la crisi socio-economica degli ultimi anni ha colpito in particolar modo la popolazione dei grandi centri urbani [Ahn et al. 2009], è anche vero che, a partire dalle complessità degli specifici contesti, anche nei territori meno urbanizzati essa ha generato ed acuito le situazioni di difficoltà (economica e sociale in primis). A tal proposito, un dato significativo è tratto dal Report 2016 dell'Osservatorio sul fabbisogno abitativo sociale di Città Metropolitana di Torino, nel quale si evidenzia che, all'interno dei comuni con più di 30.000 abitanti, Pinerolo segue Torino per numero di famiglie in situazione di disagio abitativo (140 nuclei in totale); i dati forniti dal CPI di Pinerolo, inoltre, indicano a fine 2017 un totale di 16.374 disoccupati (il 33% con oltre 49 anni e il 29% tra i 26 e i 39 anni) nell'area del Pinerolese, seppur con una crescita delle assunzioni (+23,6% tra il 2008 e il 2017), nonostante il calo dei contratti full time (-18,9% nel periodo 2008-2017).

6.3 – Stili di vita

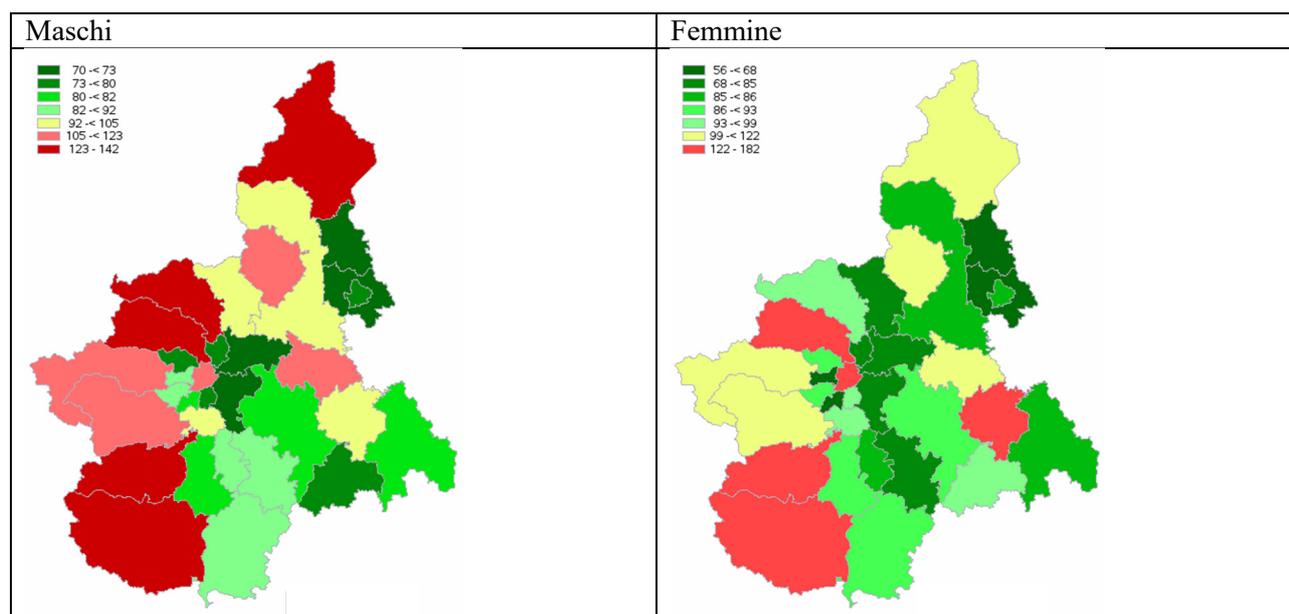
Gli stili di vita di tipo comportamentale rappresentano un altro dei principali determinanti dello stato di salute, e sono dei forti mediatori nella concatenazione dei nessi causali tra le caratteristiche socio-economiche e lo stato di salute della popolazione.

Il **fumo di tabacco**, nella popolazione femminile adulta 18-69 anni residente nell'ASL, secondo il sistema di sorveglianza PASSI, si attesta nel triennio 2013-2016 al 19%, in leggera diminuzione rispetto a quello registrato nel 2007-2010 (23%), mostrando valori più bassi e di quelli della media regionale (rispettivamente nei due periodi considerati pari a 28% e 24%). Si tratta di un andamento che si inserisce in un trend trentennale di lungo periodo che vede una forte contrazione nel consumo di sigarette da parte della popolazione adulta piemontese ed italiana (fumavano all'inizio degli anni ottanta circa il 36% dei piemontesi e degli italiani, fonte ISTAT). L'abitudine al fumo continua comunque a rimanere una tendenza più frequente tra gli uomini che tra le donne (30% versus 19%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (53% versus 43%).

In un contesto di cultura tradizionale del bere, le donne adulte che consumano abitualmente **alcolici** nel triennio 2013-2016 sono scese nell'ASL TO3 da 25% a 21% (rispettivamente 28% e 24% in Piemonte); sono altresì scesi i consumi di alcol fuori pasto, passando nell'ASL TO3 dal 7% al 5,6% (nella media regionale il fenomeno si attesta attorno all'8%), segno di una maggiore attenzione e consapevolezza della popolazione ad un bere consapevole e moderato.

Ciononostante, nelle aree montane si rileva ancora una maggiore prevalenza di comportamenti da abuso di sostanze ed in particolare di alcol (tale dato è stato misurato attraverso i ricoveri da patologie associate al consumo di alcolici); si tratta comunque di un eccesso più evidente nel genere maschile. Tra le donne emerge come area a rischio il Cuneese, oltre alla grande area urbana di Torino. Le due cartine qui di seguito riportano i rischi relativi di ospedalizzazione per patologie alcol-correlate, standardizzati per età, in Piemonte tra il 2005 ed il 2019 (rif. Regionale=100).

Figura 3. Rischi relativi di ospedalizzazione per patologie alcol-correlate, standardizzati per età. Distretti sanitari del Piemonte 2005-2019 (rif. Regionale=100).



Importante ancora considerare tra i fattori di rischio di tipo comportamentale l'**eccesso ponderale** per la sua nota associazione con le malattie croniche (in particolare ipertensione, diabete e malattie cardiovascolari).

Gli adulti in sovrappeso, secondo il sistema di sorveglianza PASSI, sono in aumento, passando nell'ASL TO3 dal 28% al 33% circa nel triennio 2013/2016 (in Regione si assiste a una flessione di un punto percentuale, dal 29 al 28%). L'obesità è invece in diminuzione sia nell'ASL TO3 sia in Piemonte, passando rispettivamente dall'8,7% al 6% e dal 9% all'8%. Da notare che l'eccesso ponderale cresce in modo rilevante con l'età ed è maggiore negli uomini rispetto alle donne (39% vs 32%).

L'attività fisica, insieme ad una dieta bilanciata, rappresenta uno dei determinanti fondamentali per incidere sugli eccessi ponderali. Nei periodi indagati attraverso l'indagine campionaria PASSI (2013-2016), si osserva una contrazione delle persone attive per lavori pesanti o perché aderiscono alle linee guida internazionali, passando dal 28% al 26%; la diminuzione della pratica di attività è ancora più marcata se consideriamo le persone parzialmente attive che non raggiungono gli standard raccomandati: in questo caso la prevalenza scende drasticamente dal 41 al 29%, mentre la quota delle persone sedentarie sale dal 30% al 44%; si tratta di variazioni importanti e più forti rispetto a quanto accade nelle medie regionali dove si assiste, ad esempio, ad un aumento della sedentarietà dal 27 al 33%.

6.4 – Stato di salute

La **mortalità infantile** è un indicatore che esprime essenzialmente la qualità della cura e dell'assistenza nel periodo pre e post natale; tale valore ha raggiunto nell'ASL TO3 livelli molto bassi che si attestano nel 2015 al 2,5‰, parimenti a quello che è accaduto in Piemonte. Dieci anni prima si attestava al 3,5 e 4,1 ‰ rispettivamente nei due territori.

La **speranza di vita alla nascita** è invece un indicatore della qualità e del benessere lungo il percorso di vita di una persona, nonché del livello di sviluppo complessivo in termini sociali ed economici raggiunto da una società. Anche tale indicatore, in ASL TO3, è migliorato nel tempo in entrambi i sessi attestandosi negli uomini ad 80,4 anni e nelle donne a 84,6 anni. L'incremento maggiore, rispetto al 2006, si è visto nel sesso maschile (pari a 1,6 anni); nel sesso femminile, invece, rispetto

al 2006 l'incremento è stato di 0,7 anni. I risultati sono in linea con le medie regionali in entrambi i sessi e per le loro variazioni temporali.

Il principale indicatore dello stato di salute in una popolazione è invece rappresentato dalla **mortalità per tutte le cause**. Nell'ASL TO3 essa risulta in costante diminuzione, come del resto in tutto il Piemonte: tra gli uomini, negli ultimi 10 anni presi in considerazione (biennio 2005-2006 e biennio 2014-2015) scende rispettivamente del 19% e del 17%; anche per quanto riguarda il sesso femminile la mortalità generale è in diminuzione in tutti i distretti, anche se le medie di ASL TO3 e del Piemonte fanno registrare un decremento meno pronunciato, pari a -12% circa.

Disarticolando la **mortalità generale nei gruppi di cause** più importanti per numerosità di accadimenti, si osserva sempre, nella popolazione generale, una diminuzione in tutti i raggruppamenti, ma più per le malattie del sistema circolatorio (rispettivamente -29% e -26% in ASL TO3 e nella media regionale) e per le cause accidentali, tra le quali pesano gli incidenti stradali e gli infortuni sul lavoro (-29% e -27% negli stessi territori messi a confronto), di meno per i tumori maligni (-15% e -14%) e le malattie dell'apparato respiratorio (-12% e -16%).

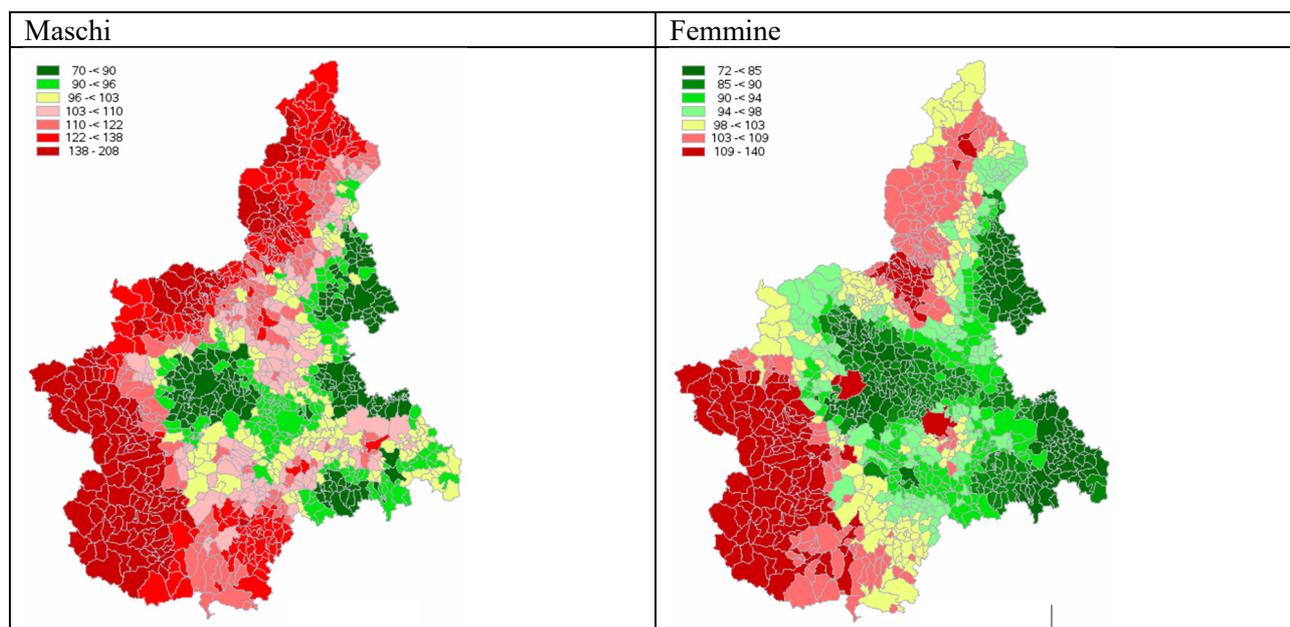
Stratificando sulla base del **sesso**, però, si evince che per le donne si è assistito, a livello dell'ASL TO3, a un decremento meno importante per le malattie dell'apparato respiratorio (-3% contro il -9% della Regione), mentre sono più ampie le diminuzioni per le cause accidentali (-39%) contro il -29% della media piemontese.

Andando ad analizzare, invece, le differenze della **mortalità per stato civile** negli anni 2007-2011, si evince che le differenze nei rischi di morte sono articolate e molto pronunciate sia per gli uomini che per le donne, considerando sia la fascia di età 30-64 anni, sia 65-84. Per quanto riguarda le donne non coniugate, quelle con meno di 65 anni presentano rischi moderatamente più elevati nei casi di morte per malattie dell'apparato circolatorio, correlate ad alcool o fumo, le morti evitabili e per malattie ischemiche del cuore. Le malattie respiratorie, quelle accidentali o violente, o causate da cadute e infortuni mostrano un eccesso di mortalità per le donne nubili e vedove, con intensità più forte per i casi di morte dovuta a cadute e infortuni. Con l'aumentare dell'età, però, il legame tra stato civile e rischio di morte perde intensità; tuttavia l'essere coniugate rimane un fattore di protezione significativo. In particolare, nella fascia di età compresa tra i 65 e gli 84 anni acquistano rilevanza le morti per malattie broncopolmonari (BPCO), per malattie cerebrovascolari, o causate da tumori del fegato, del polmone e della mammella.

Dalla salute misurata attraverso indicatori calcolati sulla base di dati oggettivi, si può passare a valutare lo **stato di salute percepito e autoriferito** attraverso la somministrazione di questionari a campioni rappresentativi di popolazione: il sistema di sorveglianza PASSI, alla domanda "Come va in generale la sua salute", registra tra i residenti dell'ASL TO3 un 75% di soggetti che riferiscono di stare "bene o molto bene", con un incremento di 10 punti percentuali rispetto al periodo precedente; valori leggermente più bassi di benessere e di suo incremento si rilevano per il Piemonte che si attesta al 72,5% con un incremento di circa 4 punti rispetto a 6 anni prima. Va però sottolineato che, in particolare, si dichiarano più soddisfatti della loro salute e rispondono "bene o molto bene" i giovani (nella fascia 18-34 anni) e gli uomini (85%, versus solamente il 61% del sesso femminile).

Il WHO indica come più sensibile indicatore di salute mentale di una popolazione il numero di **suicidi** [WHO. *Suicide in the world. Global health estimates. 2019*]. I suicidi risultano dal 2009 la prima causa di morte traumatica in Piemonte, che tra le grandi regioni italiane è quella col più alto tasso di suicidi. Non si rilevano variazioni temporali significative negli ultimi anni, mentre si osserva una maggiore occorrenza del problema nel sesso maschile, nelle persone di età più avanzata, nei soggetti con più basso livello di istruzione e nei residenti in aree montane [Coggiola et al. 2020]. Il gradiente montano è evidente soprattutto nel genere maschile ma anche nel territorio dell'ASL TO3 e nel Cuneese per quanto riguarda il genere femminile. Le due cartine qui riportate mostrano i rischi relativi di mortalità per suicidi, standardizzati per età, in Piemonte negli anni 2008-2017 (rif. Regionale=100).

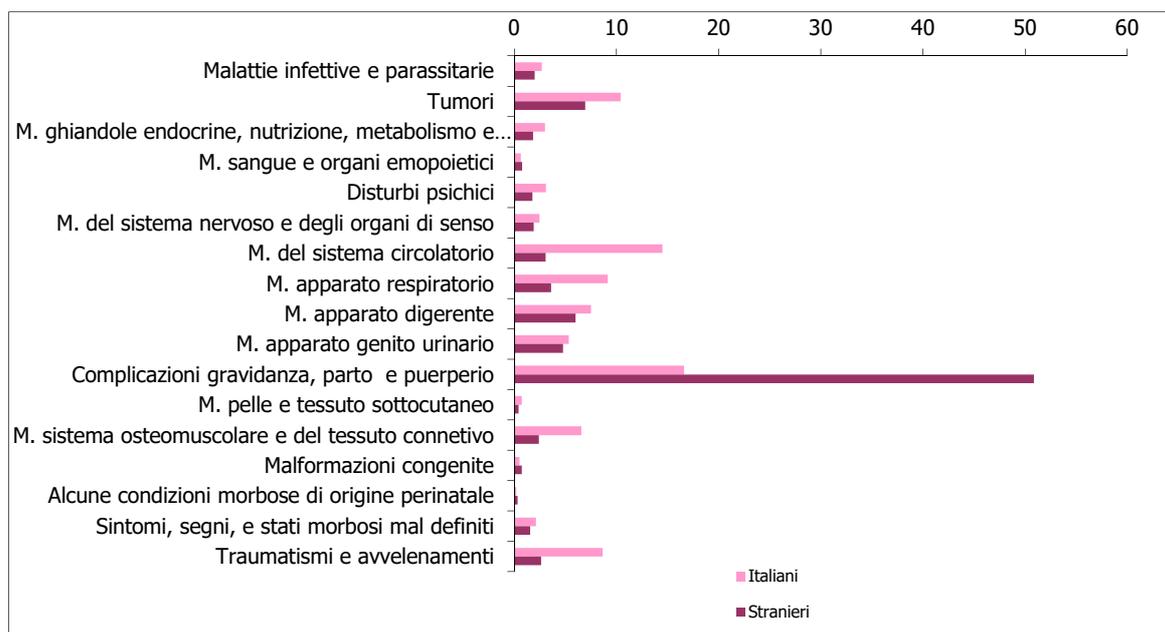
Figura 4. Rischi relativi di mortalità per suicidi, standardizzati per età. Comuni del Piemonte 2008-2017 (rif. Regionale=100)



Per quanto riguarda l'ospedalizzazione, che rappresenta al contempo un indicatore di accesso ed uso dell'assistenza, ma anche di morbosità ed offerta di un territorio, si osserva un importante decremento nell'ASL TO3 e in Piemonte tra il 2008 e il 2017 per entrambe i sessi: negli uomini scende di circa il 25% e il 23%, nelle donne del 23% e del 21%, rispettivamente in ASL TO3 e in Piemonte. La diminuzione rientra comunque in un trend di medio periodo (che si registra in Piemonte da ormai un decennio) di contrazione dell'ospedalizzazione a fronte di altre forme di assistenza più appropriate.

Qui di seguito viene proposta una tabella ottenuta dall'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) degli ospedali piemontesi del 2018, che mostra la percentuale di ricoveri ordinari delle donne residenti in Regione stratificato per grandi gruppi di malattie e **cittadinanza**: è da sottolineare come, nonostante le donne straniere accedano in misura minore alle cure ospedaliere (verosimilmente anche a causa della più bassa età media), questa frangia di popolazione sia significativamente più soggetta (fino a tre volte tanto) ad essere ricoverata per complicanze insorte durante la gravidanza, il parto ed il puerperio, verosimilmente a causa di una minore conoscenza ed accessibilità ai servizi e prestazioni offerti dal SSR.

Figura 5. SDO ospedali piemontesi 2018. Percentuale di ricoveri ordinari delle donne residenti in Piemonte stratificato per grandi gruppi di malattie e cittadinanza.



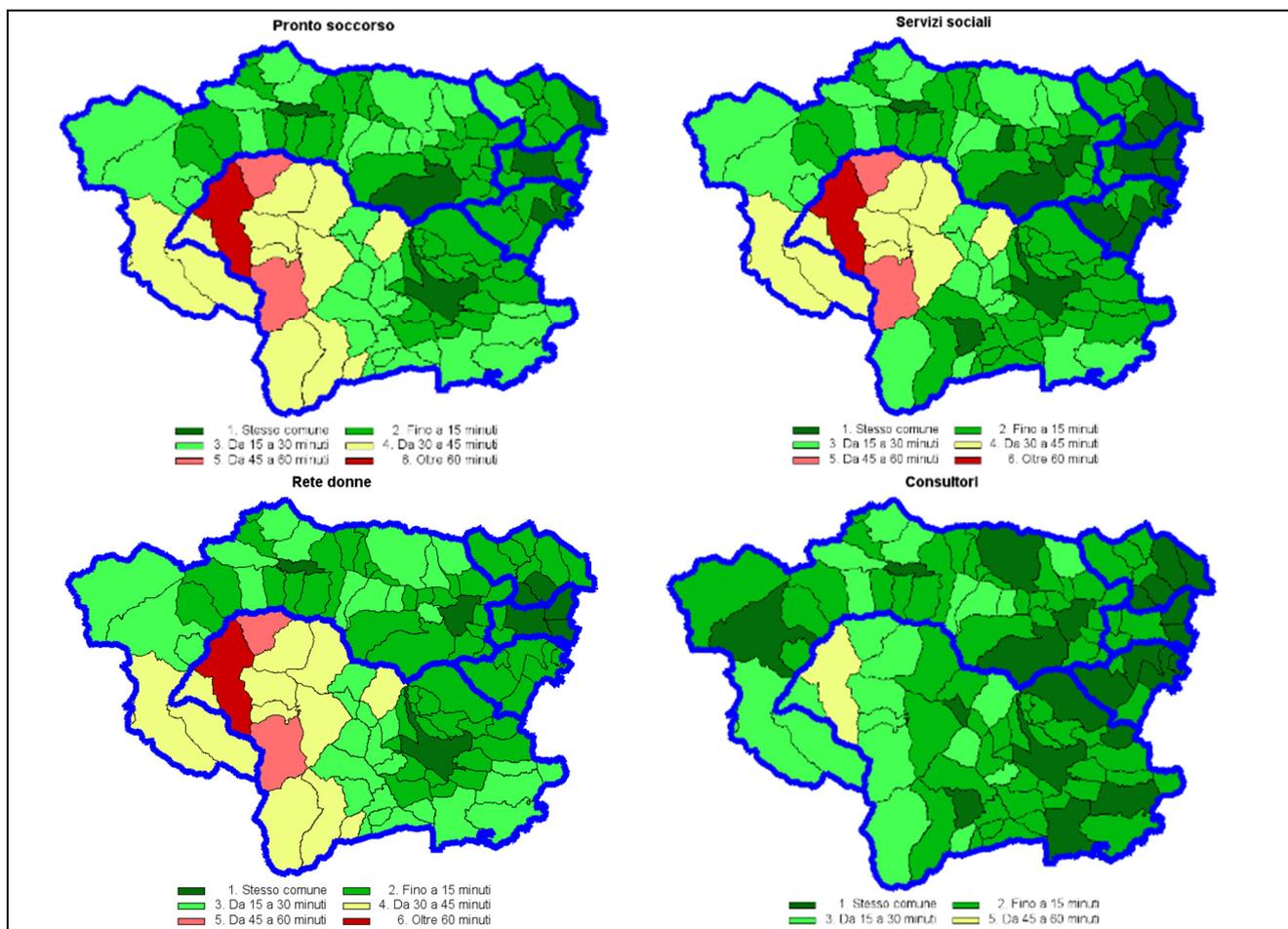
6.5 – Accessibilità ai servizi socio-sanitari

Vengono definite “Aree interne” i territori del nostro paese più distanti dai servizi essenziali (istruzione, salute, mobilità). La classificazione per aree interne è stata introdotta a partire dal 2012, con l’obiettivo di centrare le politiche pubbliche sul tema dei territori marginalizzati, in cui la popolazione residente è diminuita, così come il livello di occupazione e l’offerta di servizi.

In Italia quasi 4.200 comuni (il 60% della superficie nazionale) ricadono nelle aree interne, per un totale di circa 13 milioni di residenti (22% della popolazione). Per quanto concerne la realtà piemontese, circa la metà del territorio (ed il 15% della popolazione) ricade nelle aree interne, di cui 15 comuni all’interno del distretto Pinerolese.

A conferma di ciò, le immagini a seguire mostrano le distanze (in termini di minuti di percorrenza) tra i singoli comuni afferenti all’ASL TO3 e i servizi socio-assistenziali territoriali di competenza; si sono presi in considerazione i DEA, i servizi sociali, le reti donne e i consultori presenti sul territorio, e quello che si osserva è una più difficoltosa accessibilità da parte dei comuni della Val Susa e del Pinerolese. E’ pertanto possibile affermare che le peculiari caratteristiche geografiche dei territori dell’ASL TO3 si riflettono in una difficoltosa accessibilità ai servizi socio-sanitari per i cittadini residenti nei territori montani e scarsamente abitati (in particolare nei distretti Pinerolese e Val Susa/Val Sangone) rispetto ai cittadini residenti nei grandi centri e nei territori maggiormente urbanizzati.

Figura 6. Distanza in termini di minuti di percorrenza tra i comuni dell’ASL TO3 e servizi socio-sanitari territoriali di competenza: pronto soccorso; servizi sociali; rete donne; consultori.

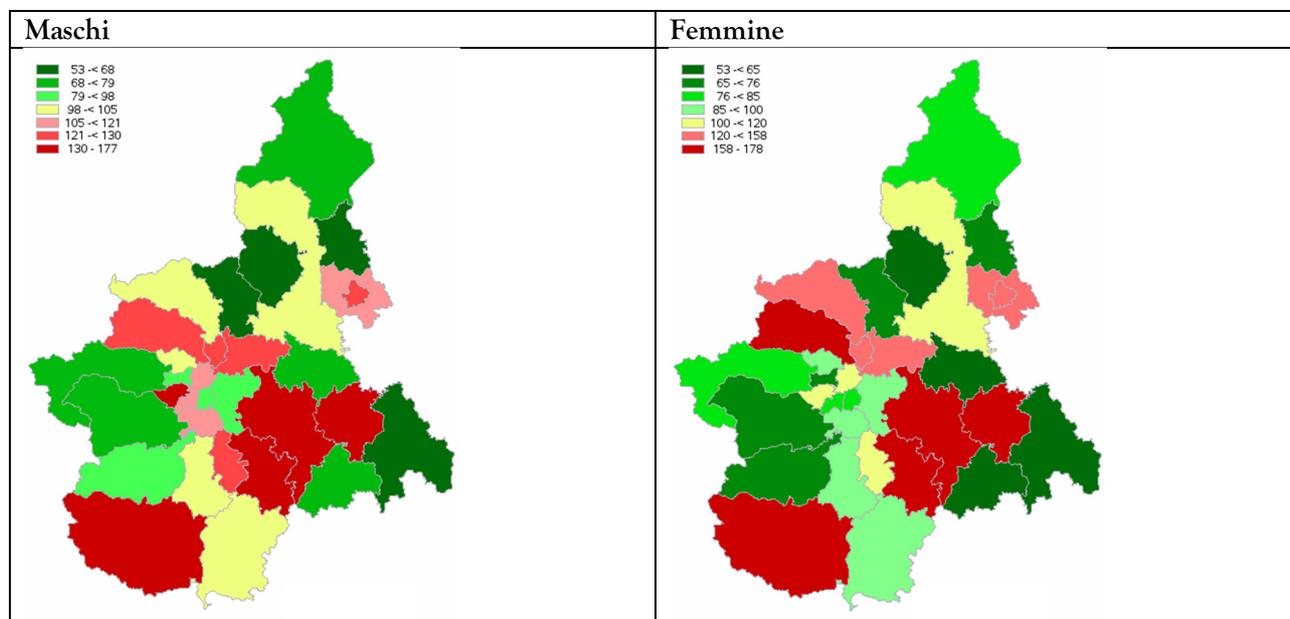


E’ importante sottolineare che la difficoltà di erogazione dell’assistenza sanitaria in territori dove la popolazione anziana è elevata, come nel caso dei territori montani afferenti all’ASL TO3, si configura spesso come possibile causa dello spopolamento [Crescimanno et al. 2008]. A tal proposito, scopo della classificazione per “Aree interne” è anche quello di pianificare azioni per lo sviluppo locale e di rafforzamento dei servizi essenziali di cittadinanza, finalizzate al rilancio di queste aree significativamente distanti dai centri di offerta di servizi essenziali ed in declino demografico, con il fine ultimo di incoraggiare il ripopolamento di tali aree.

6.5 – Violenza di genere

Il principale indicatore di violenze interpersonali è rappresentato dal **tasso di omicidi**. Esso, come si evince dalla figura qui di seguito, evidenzia alcune aree dell'ASL TO3 ad alto rischio, come il Pinerolese e la Val Susa tra gli uomini, il Pinerolese per il genere femminile.

Figura 7. Rischi Relativi di mortalità per omicidi (standardizzati per età). Distretti sanitari del Piemonte 2008-2017 (rif. Regionale=100).



L'indagine sulla Sicurezza delle donne, condotta dall'Istat tra maggio e dicembre 2016, rileva che nel corso della propria vita poco meno di 7 milioni di donne tra i 16 e i 70 anni (6 milioni 788 mila), quasi una su tre (31,5%), hanno subito una qualche forma di violenza fisica o sessuale.

In Piemonte, la rete a sostegno della donna vittima di abusi è ancora poco conosciuta rispetto all'estensione della violenza. Su 64.362 donne fra i 16 e i 70 anni che, secondo l'Istat, hanno subito violenza in Piemonte nel 2014, solo 3.200 hanno fatto richiesta di aiuto a strutture o servizi specializzati.

Ad oggi manca ancora un sistema di raccolta dati integrato a livello regionale in grado di restituire un quadro chiaro del fenomeno della violenza di genere contro le donne sul nostro territorio. Le diverse fonti disponibili da cui attingere i relativi dati risultano essere i numeri delle donne seguite dai centri antiviolenza, quelli delle donne accolte nelle case rifugio ed ancora le domande di accesso al fondo di solidarietà.

Domande di accesso al fondo di solidarietà: le elaborazioni di IRES, sulla base dei dati della Regione Piemonte (anni 2010-2018), dimostrano che negli ultimi anni si è evidenziato un incremento significativo di domande di accesso al fondo di solidarietà: nel 2010 se ne registravano 53, dal 2016 veniva superata la quota di 100, nel 2018 si è raggiunto il numero di 176. Questo costante aumento è verosimilmente dovuto alla sempre maggior conoscenza del servizio grazie alla sempre più importante connessione con la Rete dei Centri Antiviolenza.

Centri Antiviolenza: sono 16 in totale nel territorio Piemontese, con 36 sportelli. Focalizzando l'attenzione sulla Città Metropolitana di Torino, essi sono 8 di cui 4 nella città di Torino, 1 a Collegno, 1 a Pinerolo, 1 a Chieri e 1 a Chivasso.

Dai dati elaborati da IRES si evince che negli ultimi anni si è assistito ad un significativo aumento del numero di donne che hanno avviato un percorso di fuoriuscita dalla violenza affidandosi a tali Centri: se nel 2016 sono state 1.921 le donne che vi si sono rivolte, nel 2018 il numero è salito a quota 3.125 (di cui 2.066 sul territorio cittadino e metropolitano torinese), con un incremento del 70% circa. Questo dato è verosimilmente da correlarsi alla presenza sempre più capillare dei Centri Antiviolenza e degli Sportelli ad essi collegati, agli effetti delle campagne di informazione realizzate sul territorio, alla crescente collaborazione tra i Centri e i servizi sanitari, socio-assistenziali, le forze di polizia e l'associazionismo.

Dall'analisi delle caratteristiche delle 3.125 donne seguite dai Centri Antiviolenza nel 2018 si evince che più della metà di esse risultava avere un'età compresa tra i 31 e i 50 anni, essere coniugata (o comunque in coppia di fatto), avere figli, la cittadinanza italiana ed una occupazione lavorativa.

Donne accolte nelle Case Rifugio dal 2016: i dati riportati da IRES evidenziano un aumento del numero di donne accolte nelle Case Rifugio, da 77 nel 2016 a 85 (di cui 50 sul territorio cittadino e metropolitano torinese) nel 2018.

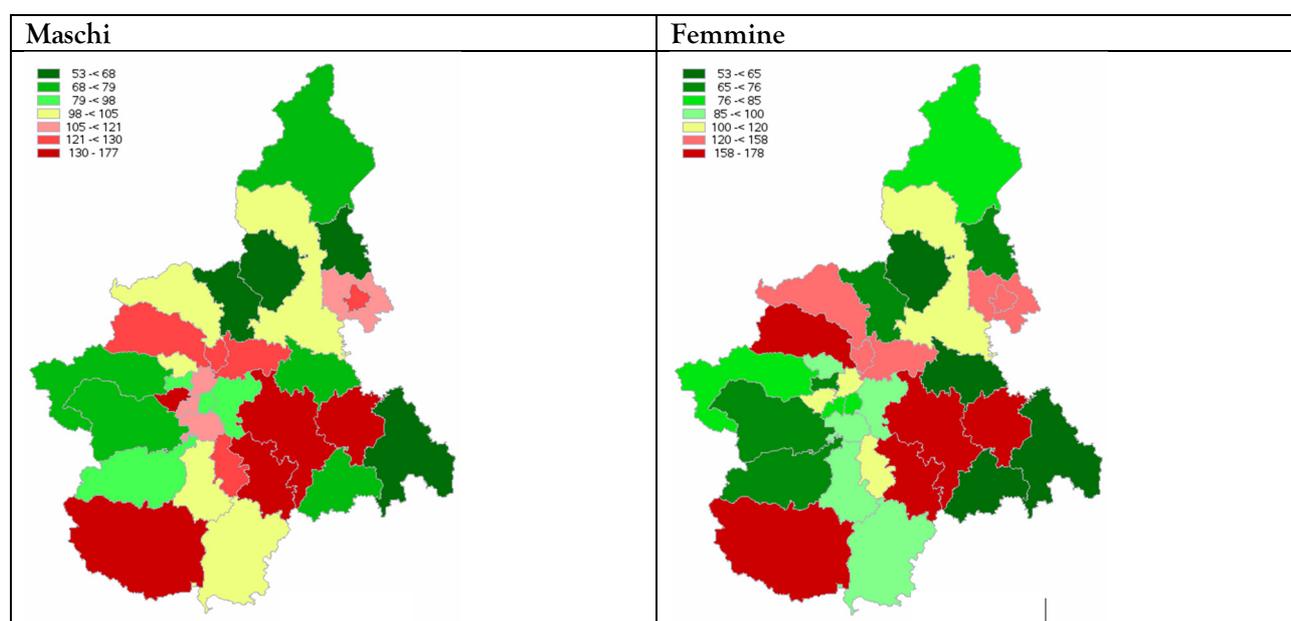
Altri dati utili per l'inquadramento e l'estensione del fenomeno nel territorio in esame provengono dal Centro Donna di Collegno, realtà che viene incontro alla popolazione femminile per offrire supporto e ascolto alle donne in situazione di difficoltà. L'affluenza dal 2012 al 2019 è rimasta pressoché invariata; una crescita costante è avvenuta dal 2001 al 2008, fino a raggiungere un plateau di afflusso annuo che supera le 200 donne.

Un dato interessante è l'aumento di domanda rispetto al tema della violenza che passa da 55 donne nel 2012 (22%) a 143 donne nel 2019 (62%).

Riguardo gli accessi a setting sanitari causati da violenze e abusi, si registra a livello internazionale negli ultimi anni un costante aumento degli accessi in Pronto soccorso, con valori (nel 2015) di 14/10.000 tra i bambini, 4 tra gli anziani, 13 nelle donne giovani e adulte (il tasso è 12 negli uomini di pari età).

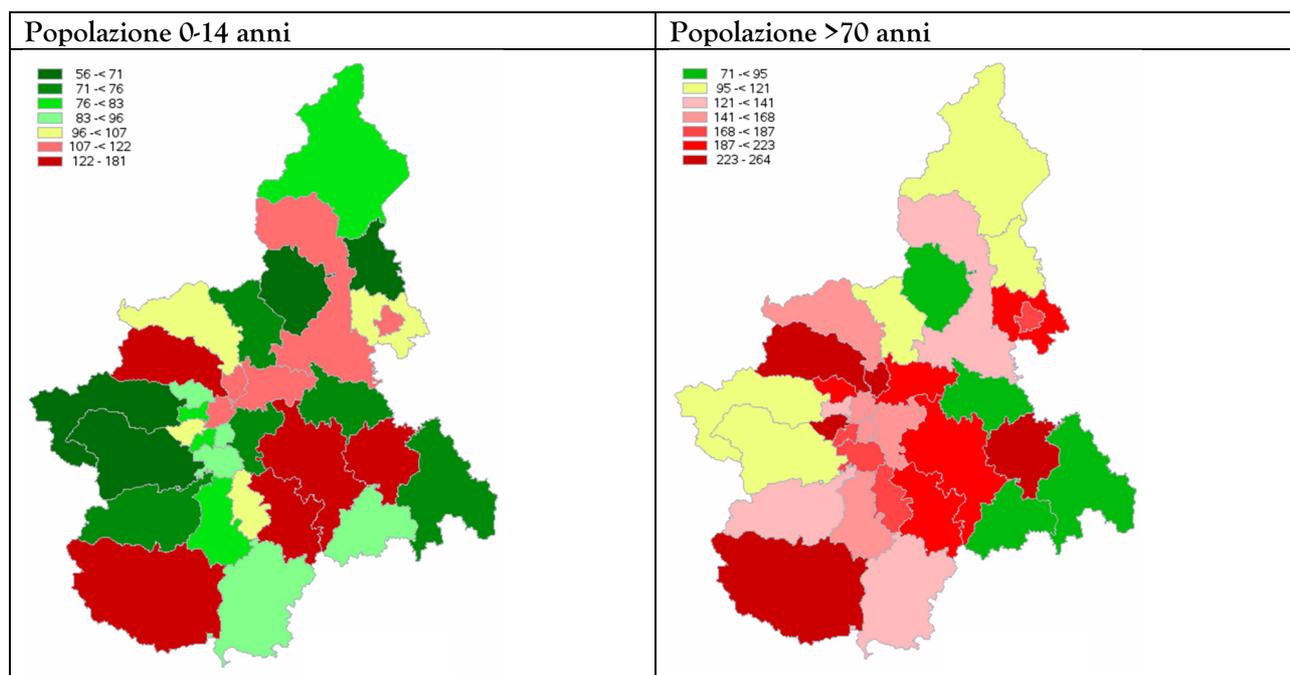
Come si evince dalla figura 8, l'ospedalizzazione per abusi e maltrattamenti nell'età giovane-adulta evidenzia come territori ad alto rischio il Cuneese, l'Astigiano e l'Alessandrino, in entrambi i generi.

Figura 8. Rischi Relativi di ospedalizzazione per abusi e maltrattamenti (standardizzati per età). Popolazione 15-69 anni. Distretti sanitari del Piemonte 2005-2019 (rif. Regionale=100).



La figura 9 dimostra invece che il territorio dell'ASL TO3 presenta tassi inferiori alla media regionale sia per gli abusi in età adulta che in età pediatrica, mentre si allinea al valore regionale per gli abusi e maltrattamenti su anziani.

Figura 9. Rischi Relativi di ospedalizzazione per abusi e maltrattamenti (standardizzati per età). Distretti sanitari del Piemonte 2005-2019 (rif. Regionale=100).



Naturalmente questi indicatori devono tenere conto anche della maggiore o minore capacità da parte delle strutture sanitarie di accesso di riconoscere le violenze come causa del trauma subito dal paziente.

Questi dati sono pertanto verosimilmente sottostimati, in quanto solo una parte degli accessi dovuti ad abusi su donne o bambini vengono riconosciuti e codificati come tali, per la frequente mancata denuncia dei casi occorsi in ambiente familiare [O'Doherty et al. 2015]. Tuttavia, il trend in crescita potrebbe indicare non necessariamente una recrudescenza del problema, ma una maggiore sensibilità nelle procedure di riconoscimento adottate dal personale sanitario. Il basso livello di istruzione, la disoccupazione, le minori risorse economiche si associano ad una maggiore incidenza del problema in entrambi i generi, inclusa l'età anziana. Riguardo lo stato civile delle vittime, risultano a maggior rischio le donne separate, divorziate o nubili; ad alto rischio soprattutto le donne sole con figli [CCM 2017].

Va inoltre tenuto presente che le recenti misure di isolamento sociale adottate per arrestare i contagi da Coronavirus potrebbero avere accentuato il problema delle violenze in ambito domestico [Spector, 2020].

Per aver un'idea indiretta sull'impatto della pandemia da Covid19 sulla violenza di genere l'Istat, in collaborazione con il Dipartimento della Pubblica Sicurezza, ha analizzato il ricorso alle chiamate al numero verde 1522; le vittime che hanno chiesto aiuto sono state, nei mesi di marzo e aprile 2020 (rispetto al bimestre dell'anno precedente), 2103 (+59%). E' però da sottolineare come tale incremento non sia necessariamente attribuibile solo a maggior violenza, ma anche alle forti campagne mediatiche di sensibilizzazione di quel periodo.

Nel complesso, le denunce per maltrattamenti in famiglia sono diminuite del 43,6%, quelle per omicidi di donne del 33,5%, tra le quali risultano in calo dell'83,3% le denunce per omicidi femminili da parte del partner. Le richieste motivate da una richiesta di aiuto per violenza subita ammontano a 1543.

Per quanto riguarda la nostra realtà territoriale, invece, nel primo semestre del 2020 (prima ondata pandemica) si sono rivolte al Centro Donna di Collegno 136 donne di cui 99 (73%) che vivevano (o avevano vissuto) una situazione di violenza e maltrattamenti. Nello specifico i nuovi accessi nel periodo marzo-maggio 2020 sono stati 72 (a fronte di 61 del 2019).

Le principali richieste di sostegno e accompagnamento vengono qui di seguito elencate:

- difficoltà post separazione nella gestione dei figli sul piano economico soprattutto nelle situazioni in mancanza di provvedimenti definitivi;
- difficoltà delle madri sole nella quotidianità e nella gestione dei figli in quanto impossibilitate ad accedere alle loro reti di sostegno;
- sostegno a seguito di denuncia per maltrattamenti;
- accoglienza in pronta emergenza abitativa a seguito di denuncia;
- richiesta di sostegno nella gestione di relazioni conflittuali con il coniuge nella gestione del quotidiano;
- sostegno alla comprensione e gestione degli stati emotivi connessi alla situazione di emergenza e isolamento (stati ansiosi, depressivi, agitazione, panico, ecc);

- informazioni su buoni spesa;
- informazioni su fonti di sostegno economico e finanziario (sia del pubblico che del volontariato).

6.6 – Pregiudizio e discriminazione in ambito scolastico e lavorativo

La differenza del tasso di scolarizzazione tra le ragazze e i ragazzi italiani è minima (solo 1,2 punti percentuali a favore delle ragazze); stratificando il dato in base alla nazionalità, si evince però una forte disparità tra ragazze italiane e straniere: la partecipazione di queste ultime ai percorsi formativi del secondo ciclo si attesta all'86%, le coetanee italiane raggiungono il 97%.

Inoltre, i percorsi intrapresi e i migliori risultati scolastici delle studentesse aumentano la loro probabilità di iscriversi all'università: compiono questa scelta 57 studentesse su 100 maturi mentre fanno altrettanto 47 maschi su 100.

Dal momento che le donne sono più numerose tra gli iscritti, conseguono in maggior numero la laurea: il dato più recente dell'Anagrafe Nazionale degli studenti mostra che sul totale dei laureati residenti in Piemonte le donne rappresentano il 59% (dato in linea con la media nazionale: 58%).

La partecipazione più ampia da parte delle donne ai percorsi di istruzione ha, nel corso del tempo, modificato le differenze tra maschi e femmine: pertanto dalla fascia di età 55-59 anni le donne divengono nel complesso più scolarizzate, differenza che si mantiene fino alle fasce di età più giovani. Ciononostante, si evince ancora una forte discrepanza rispetto ai valori medi dell'Unione Europea [Bladen et al. 2012].

Per quanto concerne l'occupazione lavorativa delle donne (fascia di età: 18/65 anni) in Piemonte, essa si attestava nel 2017 al 62,9%, con un differenziale rispetto al tasso maschile di 14 punti percentuali; essa è simile a quella delle altre aree italiane ad eccezione del Sud Italia dove risulta quasi la metà. Invece nell'Unione Europea il differenziale di occupazione tra maschi e femmine risulta più contenuto (11,5 punti percentuali), dato da correlarsi soprattutto alla quota di donne occupate statisticamente più elevata (66,4%) rispetto a quella osservata in Italia.

Ad influire sulla partecipazione delle donne al mondo del lavoro concorrono aspetti diversi e multidimensionali: caratteristiche individuali (l'età, il tipo di formazione...), famigliari (l'aver figli, la distribuzione delle responsabilità di cura in famiglia...), sociali (la disponibilità di servizi della prima infanzia, le caratteristiche del mondo del lavoro...). In particolare, la minore presenza delle donne nel mondo del lavoro risulta fortemente influenzata dalle dagli impegni famigliari. I dati Istat stimano che nelle regioni del Nord Italia nelle coppie, in cui entrambi i partner sono occupati, circa due terzi del tempo dedicato complessivamente agli impegni famigliari è a carico delle donne (con un indicatore di asimmetria nel lavoro famigliare del 64,8%, con minime differenze tra le coppie con figli e senza figli). Le maggiori disparità si rilevano a livello territoriale, con una più ampia asimmetria negli impegni famigliari per le donne nelle regioni del Sud Italia (74,4%). Per quanto concerne la realtà piemontese, l'aver figli in giovane età diminuisce le opportunità lavorative, ma decisamente meno che in altre regioni italiane: il Piemonte si colloca infatti in buona posizione rispetto al panorama italiano, superato solo da Liguria, Toscana e Valle d'Aosta.

Inoltre, le donne mostrano un più alto livello di mismatch tra competenze e lavoro svolto: tra i maschi il 20,8% degli occupati possiede un titolo di studio superiore rispetto a quello maggiormente posseduto dai lavoratori impegnati nella medesima professione, mentre per le donne la quota di mismatch risulta decisamente superiore, pari al 25,9%.

Risulta comunque evidente che per le donne il vantaggio occupazionale legato all'istruzione è maggiore in tutti i Paesi dell'Unione Europea e in particolar modo in Italia. Il "premio dell'istruzione" è stato definito dall'Istat come "la maggiore occupabilità al crescere dell'istruzione": esso risulta essere più ampio per le donne, considerando che la differenza tra il tasso di occupazione tra le donne con alta istruzione e quelle con bassa istruzione è di 31,5 punti percentuali, ovvero il doppio di quello che si registra per gli uomini (16,6 punti percentuali). Analogamente, anche in Piemonte nel 2017 le stime Istat (nella fascia di età tra i 25 e 64 anni) mostrano come al crescere del livello di istruzione aumenta la quota di occupati e si riduce la distanza tra maschi e femmine.

La minore presenza delle donne nel mondo del lavoro è, comunque, ancora fortemente influenzata dalle dagli impegni famigliari. I dati Istat stimano che nelle regioni del Nord Italia nelle coppie, in cui entrambi i partner sono occupati, circa due terzi del tempo dedicato complessivamente agli impegni famigliari è a carico delle donne (con un indicatore di asimmetria nel lavoro famigliare del 64,8%, con minime differenze tra le coppie con figli e senza figli). Le maggiori disparità si rilevano a livello territoriale, con una più ampia asimmetria negli impegni famigliari per le donne nelle regioni del Sud Italia (74,4%). Per quanto concerne la realtà piemontese, l'aver figli in giovane età diminuisce le opportunità lavorative, ma decisamente meno che in altre regioni italiane: il Piemonte si colloca infatti in buona posizione rispetto al panorama italiano, superato solo da Liguria, Toscana e Valle d'Aosta.

Un dato allarmante è quello riguardante il reddito mensile netto degli uomini, che risulta decisamente più elevato di quello femminile in tutti le classi lavorative, a parità di percorso universitario e ambito lavorativo. Si tratta, purtroppo, di una realtà presente in tutta Europa, ove si stima che, in media, le donne guadagnino (a parità di posizione lavorativa) circa il 16% in meno dei colleghi uomini. Questo dato stona con il fatto che le donne risultano più brillanti all'università e, secondo

un'analisi svolta da Almalaurea, si perdono meno lungo il percorso di studi, si laureano di più, in tempi più brevi e con voti più elevati.

Infine, le donne lavorano con contratti a tempo parziale in generale più degli uomini: sono il 17% contro il 6% degli uomini se non hanno figli, ma in presenza di figli la quota sale al 27% per le donne e solo all'8% per gli uomini. Questo risultato sembrerebbe confermare le tesi, molto diffuse nella letteratura sul genere, che vedono la donna come principale figura dedita alla cura della casa e dei figli, a discapito della rinuncia ad una fetta della sua vita lavorativa.

6.7 – Gestazione, parto, puerperio

Nella decade 2006-2016 in Piemonte si è registrata una netta riduzione dei nati, passando dai 36.902 del 2006 ai 30.526 del 2016; considerando la zona di residenza della madre, il 54,3% di tutti i parti avvengono all'interno della Città Metropolitana di Torino (un quarto dei quali nei territori dell'ASL TO3).

La costante riduzione del tasso di fecondità negli ultimi anni ha riguardato non solo le donne italiane, ma anche e soprattutto quelle straniere, con un calo complessivo del 30% circa. Il 16% delle partorienti straniere residenti in Piemonte provengono dai territori dell'ASL TO3: nello specifico, nei punti nascita di Rivoli, Pinerolo e Susa si sono registrati rispettivamente 762, 566 e 58 parti da donne straniere (20,6%, 20,8% e 25,8% di tutti i parti del periodo considerato).

La distribuzione territoriale per titolo di studio materno risulta relativamente omogenea, con una leggera prevalenza di laureate a Torino; l'aumento delle donne laureate osservato a livello regionale sembra attribuibile in particolare alle provincie di Biella, Asti e Cuneo. Inoltre, contrariamente a quanto si rileva nella popolazione generale, ma come descritto nel resto d'Italia [Lauria et al. 2013], le madri, indipendentemente dalla nazionalità, risultano mediamente più istruite dei padri: nel triennio 2015-2018, per esempio, la percentuale di donne laureate era del 25,6% vs. il 16% negli uomini, mentre quella di donne con il titolo di studio più basso era del 26,6% vs. il 36% negli uomini.

Dai dati CedAP (Certificato di Assistenza al Parto) la percentuale di gravidanze valutate come a basso rischio (ovvero "fisiologiche") oscilla negli anni 2006-2016 tra un minimo di 70,2% ad un massimo dell'87,7%.

A livello regionale il 34,7% delle gravidanze è stata seguita nei servizi pubblici dedicati alla gravidanza fisiologica (consultorio o ambulatorio per gravidanza fisiologica), il 3,9% in ambulatori per gravidanza a rischio, il 55,6% da libero professionisti.

Negli ultimi anni si è però assistito ad un notevole incremento delle donne seguite in Consultorio (9,7% nel 2006 *versus* 33,7% nel 2016), con una conferma del ruolo preponderante di tale servizio nella presa in carico della componente più fragile della popolazione (le donne più giovani, meno istruite, in condizione professionale non attiva e le straniere), ma con un incremento di accesso anche per le donne meno fragili.

Rispetto al triennio 2003-2005, le donne che hanno scelto per l'assistenza prenatale il Consultorio (come unico servizio o in associazione con altri servizi) sono passate dal 9% al 33,7%; in particolare, l'incremento si è verificato a partire dall'anno 2010, presumibilmente anche in seguito all'introduzione dell'Agenda di Gravidanza. In particolare nel triennio 2014-2016 il 42,2% delle donne residenti nell'ASL Città di Torino si sono rivolte al Consultorio (realtà storicamente riconosciuta ed apprezzata), contro solo il 21-23% per le donne residenti nelle ASL CN1 e CN2. Nei territori dell'ASL TO3 la percentuale si attesta attorno al 32%.

Dai dati presenti in letteratura si può affermare che nell'assistenza alle gestanti con gravidanza fisiologica non è dimostrata l'utilità né di un numero di controlli clinici superiore a 4 né di un numero di controlli ecografici superiore a 3 [Robson M. S. 2011]. In Italia si osserva che, tra le donne che hanno partorito nel 2014, nell'87% delle gravidanze sono state effettuate più di 4 visite ostetriche, nell'11,7% tra 1 e 4 visite. Nella nostra realtà regionale, considerando le gravidanze con decorso dichiarato "fisiologico", il numero di visite che ricorre più frequentemente è pari a 6.

Nella Sanità Pubblica si rileva una maggior aderenza alle linee guida rispetto al settore privato, con un contenimento dell'eccessiva medicalizzazione; d'altra parte, la maggiore presenza di gestanti in condizioni di fragilità (economica, culturale, sociale) dà conto delle più alte percentuali di controlli insufficienti nel pubblico rispetto al privato. Sono infatti le donne più giovani e di più basso livello socio-economico (con basso titolo di studio e non occupate) ad essere più frequentemente esposte ad una assistenza non adeguata. Inoltre, a parità di condizioni socioeconomiche, le straniere hanno un rischio del 49% superiore alle italiane di effettuare un numero di visite insufficiente.

L'indagine multiscopo sulle *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari* (Istat, 2014) evidenzia sotto l'ambito ostetrico un'eccessiva medicalizzazione: il 37,6% delle donne ha fatto almeno 7 ecografie durante la gestazione.

La figura professionale che segue la donna in gravidanza, inoltre, condiziona in maniera importante il livello di medicalizzazione: le donne seguite da un ginecologo privato effettuano più spesso 7 o più controlli ecografici (45,2%), mentre le quote sono più contenute tra quante sono state seguite da un ginecologo del Consultorio (17,3%) o di una struttura pubblica (28%); anche nel caso di gravidanze fisiologiche l'elevato ricorso a controlli ecografici è molto più alto nel privato (41,8%), rispetto al pubblico (18,5%). Il livello di medicalizzazione tra le donne straniere risulta più contenuto: il 20,2% ha effettuato 7 o più controlli ecografici contro il 41,5% delle italiane; il 71,3% si rivolge più spesso ad un ginecologo del Consultorio o di una struttura pubblica (contro il 24,7% delle italiane).

Vi è comunque forte disomogeneità tra le varie ASL relativamente alle donne che si sono sottoposte ad un numero di ecografie superiori a 4 (42% nei territori dell'ASL TO3, contro il 58% dell'ASL NO e il 31% nell'ASL AL e CdT). Analizzando il ricorso alle ecografie nel loro complesso, il numero medio per donna risulta essere pari a 4, in leggero calo rispetto al 2003-2005 in cui si attestava sul 4,3. Un numero di ecografie inadeguato (≤ 35 anni e > 35 anni), sono soprattutto le straniere, le casalinghe e le multipare a non accedere a indagini prenatali.

La frequenza totale agli Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN) è rimasta pressochè invariata nel corso del decennio. La frequenza agli IAN stratificata per ASL di residenza sembra mettere in evidenza una minore partecipazione per la provincia di Torino che rimane sotto il 40%, seguita dai territori dell'ASL TO5 (46%) e TO3 (49%). Il territorio che più ne beneficia risulta quello dell'ASL BI (72%).

E' dimostrato che l'aver partecipato agli IAN verosimilmente facilita il percorso intraospedaliero al momento del travaglio e del parto: questo si concretizza in una miglior accettazione del dolore in travaglio, una maggior disponibilità verso l'allattamento al seno ed un minor disagio nel corso del ricovero [Braveman et al. 2013].

Secondo il rapporto nazionale CedAP (Certificato di Assistenza al Parto) del 2014, in Piemonte si ricorre al taglio cesareo nel 28,1% dei parti, contro il 35% a livello nazionale; entrambi i valori sono comunque influenzati da una grandissima difformità territoriale. Nelle strutture private la percentuale nazionale è del 60%; nelle cliniche private piemontesi, dai dati comunicati dalle stesse, la percentuale risulta intorno al 90% (dati comunicati nel 2016 dal Ministero della Salute).

L'OMS raccomanda una percentuale di tagli cesarei del 15% sulla popolazione generale delle partorienti; nel triennio 2014-2016, per quanto riguarda i territori dell'ASL TO3 nel Punto Nascita di Pinerolo la percentuale di parti cesarei effettuati è stata del 31%, in quello di Rivoli del 23%, in quello di Susa del 25%.

La percentuale dei neonati che nascono presso i Punti Nascita presenti sul territorio dell'Asl TO3 allattati al seno al momento della dimissione supera di qualche punto il 70% del totale. Negli ultimi anni si sta verificando un "trend" di miglioramento rispetto agli anni precedenti, a testimonianza della buona qualità degli interventi di sostegno all'allattamento materno. I dati sulla durata dell'allattamento al seno stesso, ricavati dai Bilanci di Salute compilati dai PLS, per l'anno 2017 sono i seguenti:

- percentuale di allattamento esclusivamente al seno nei primi 2-3 mesi: 58,7%
- percentuale di allattamento esclusivamente al seno nei primi 4-5 mesi: 51%

La tabella riportata di seguito, tratta dal rapporto CedAP 2011-2016, sintetizza l'analisi dell'associazione tra ciascun determinante sociale (vengono presi in considerazione l'istruzione, la condizione occupazionale e la cittadinanza) e alcuni indicatori di percorso ed esito della gravidanza, a parità di età, condizioni socio demografiche, parti precedenti, anno e ASL di residenza/Punto Nascita.

In linea con la letteratura, le condizioni di svantaggio socioeconomico risultano associate ad indicatori negativi di percorso e di esito [Spencer et al. 2014]. Si nota una sostanziale omogeneità dei risultati per i tre determinanti sociali analizzati, seppure con rischi di intensità variabile.

Le donne straniere e quelle in condizione occupazionale non attiva mostrano i rischi più elevati negli indicatori di scarsa assistenza in gravidanza (meno di 4 visite, 0-1 ecografie e mancata adesione allo screening), mentre il titolo di studio appare maggiormente associato alla mancata effettuazione del bilancio di salute a 36-37 settimane e a cattivi esiti neonatali (parto pre-termine, ricorso al taglio cesareo elettivo e neonato piccolo per età gestazionale).

In generale, le donne in condizioni di svantaggio sociale fanno un maggior ricorso al Consultorio (in particolare le straniere) e hanno una minor probabilità di eccessiva medicalizzazione (più di 7 visite e più di 3 ecografie) e di diagnosi prenatale invasiva non preceduta da screening.

Alcuni risultati più aderenti alle linee guida potrebbero essere parzialmente associati alla scelta di utilizzare il Consultorio familiare come servizio prevalente di assistenza: l'offerta di ambulatori di qualità e a bassa soglia, come i consultori familiari, è difatti una prima risposta che va nella direzione di facilitare l'accesso alle cure per le donne socio-economicamente svantaggiate, ed in particolare per le straniere.

Figura 10. Tavola sinottica dell'associazione tra i determinanti sociali e alcuni indicatori di percorso ed esito della gravidanza. In grassetto sono evidenziate le associazioni statisticamente significative. Tratto da CedAP 2011-2016.

	LIVELLO DI ISTRUZIONE		CONDIZIONE OCCUPAZIONALE		CITTADINANZA
	Medio/basso PR (I.C. 95%)	Alto PR (I.C. 95%)	Casalinga PR (I.C. 95%)	Lavoratrice PR (I.C. 95%)	Straniera PR (I.C. 95%)
Utilizzo Consultorio	1,16 (1,14 - 1,18)	1,41 (1,39 - 1,43)	1,46 (1,45 - 1,48)	1,48 (1,46 - 1,50)	2,38 (2,36 - 2,40)
AdG portata al Punto Nascita	1,00 (0,99 - 1,01)	0,99 (0,98 - 1,00)	1,11 (1,10 - 1,12)	0,99 (0,97 - 1,00)	1,05 (1,04 - 1,06)
Meno di 4 visite	0,95 (0,88 - 1,02)	1,35 (1,25 - 1,45)	1,61 (1,52 - 1,71)	1,45 (1,35 - 1,55)	1,49 (1,41 - 1,58)
Più di 7 visite	1,01 (0,99 - 1,03)	0,99 (0,90 - 0,96)	0,93 (0,91 - 0,95)	0,93 (0,90 - 0,96)	0,80 (0,78 - 0,82)
0-1 ecografie	1,00 (0,92 - 1,09)	1,40 (1,28 - 1,53)	1,24 (1,16 - 1,33)	1,51 (1,40 - 1,63)	1,74 (1,63 - 1,85)
Più di 3 ecografie	1,00 (0,99 - 1,02)	0,91 (0,89 - 0,92)	0,83 (0,82 - 0,85)	0,91 (0,90 - 0,93)	0,66 (0,64 - 0,67)
No indagini prenatali <=35 anni	0,86 (0,83 - 0,89)	0,97 (0,94 - 1,00)	1,62 (1,58 - 1,67)	1,25 (1,21 - 1,30)	1,77 (1,73 - 1,82)
No indagini prenatali >35 anni	0,94 (0,89 - 1,00)	1,11 (1,05 - 1,18)	1,65 (1,57 - 1,74)	1,15 (1,06 - 1,24)	1,83 (1,74 - 1,92)
Parto pre- termine	1,18 (1,15 - 1,22)	1,36 (1,31 - 1,41)	0,99 (0,96 - 1,03)	1,17 (1,12 - 1,22)	1,17 (1,14 - 1,21)
Parto post- termine	0,97 (0,92 - 1,03)	1,05 (0,98 - 1,13)	1,09 (1,03 - 1,16)	1,10 (1,02 - 1,19)	1,03 (0,97 - 1,09)
Ricorso al Taglio Cesareo elettivo	1,11 (1,09 - 1,13)	1,23 (1,21 - 1,25)	1,02 (1,01 - 1,04)	1,04 (1,02 - 1,07)	0,92 (0,90 - 0,93)

6.8 - Adesione alle campagne vaccinali e di prevenzione

VACCINAZIONI

I dati riportati dal SEREMI (Servizio di riferimento Regionale di Epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle Malattie Infettive) indicano che la popolazione dell'ASL TO3 risponde in maniera positiva alle vaccinazioni offerte dal SSN. I dati relativi alla coorte 2014 indicano una copertura vaccinale % in linea, e addirittura leggermente più alta, con i dati di tutta la Regione; da sottolineare, inoltre, il fatto che le coperture vaccinali medie piemontesi risultano essere tutte superiori alle medie nazionali.

Nello specifico, analizzando la coorte 2014, la copertura vaccinale risulta essere oltre il 95% circa (all'interno dell'ASL TO3, così come in tutta la regione) per quanto riguarda le vaccinazioni contro la poliomielite (95,27% è la media dell'ASL TO3; 95,13% quella regionale), il tetano (95,23% TO3; 95,14% Piemonte), la difterite (95,80% TO3; 95,44% Piemonte), la pertosse (95,20% TO3; 95,12% Piemonte).

Per quanto riguarda le vaccinazioni contro il virus dell'epatite B (HBV) e contro Haemophilus Influentiae di tipo B (HiB) i numeri dell'ASL TO3 sono leggermente inferiori (seppur in linea) con la media regionale: nella coorte 2014 le percentuali raggiungono valori di 94,70% in TO3 e 94,74% in Regione per quanto riguarda HBV; 93,25% in TO3 e 94,33 in Regione per quanto riguarda HiB.

Nel panorama nazionale si riscontrano invece differenze significative per la vaccinazione trivalente MPR (morbillo, parotite, rosolia), che non raggiunge l'obiettivo del 95% in nessuna regione italiana. I dati regionali indicano una copertura (relativamente alla seconda dose) dell'89,01%, mentre in ASL TO3 il valore è più basso, raggiungendo solo una copertura dell'87,58%, ben lontano dall'obiettivo prefissato dall'OMS.

Per quanto riguarda le coperture vaccinali % per HPV (papillomavirus) a fine 2016 nelle dodicenni (% di vaccinate con ciclo completo), si osserva in Italia un trend stabile (prendendo in considerazione le nate dal 1999 al 2004), che va dal

61,17% delle nate nel 1999 al 59,47% delle nate nel 2004; in Piemonte invece il trend risulta decrescente, andando dal 69,08% delle nate nel 1999 al 65,90% delle nate nel 2004.

Infine, prendendo in considerazione la vaccinazione antinfluenzale, i dati del SEREMI indicano che nella stagione 2016/2017 sono stati vaccinati circa 640.000 piemontesi: oltre 530.000 dosi sono state distribuite alle persone con più di 64 anni e circa 109.000 dosi alle persone con età da 0 a 64 anni appartenenti alle categorie definite a rischio. La copertura vaccinale nella popolazione anziana è cresciuta significativamente dal 1999 alla stagione 2008-2009 (61%), senza mai raggiungere l'obiettivo minimo del 75%, raccomandato a livello nazionale. Negli ultimi anni la bassa incidenza di malattia tra gli anziani ha ridotto la percezione del rischio e sfavorito l'adesione alle campagne vaccinali e a partire dalla stagione 2010/2011 si è assistito alla diminuzione della copertura vaccinale che nella stagione 2014/2015 ha raggiunto il valore del 47%; nella stagione 2016/2017 la copertura vaccinale negli anziani in Piemonte è stata pari al 49%, leggermente più bassa di quella nazionale (52%). Per quanto riguarda i residenti nei territori dell'ASL TO3 la percentuale era ancora più bassa, pari solo al 47,3%.

PREVENZIONE DELLE NEOPLASIE GINECOLOGICHE: MAMMOGRAFIA

La popolazione bersaglio annua per la fascia di età 45-49 anni è stata nel 2018 di 180.889 donne in tutta la Regione. A livello regionale, il CPO ha stimato che la copertura totale (calcolata come il rapporto tra inviti più adesioni spontanee sulla popolazione bersaglio annuale) in questa fascia di età era del 33,6% con ampia variabilità tra i dipartimenti (dal 21,1% di Ivrea al 66,3% di Cuneo; l'ASL TO3 si trovava lievemente al di sotto della media regionale). Sono stati effettuati, all'interno del territorio dell'ASL TO3, un totale di 4.901 esami; 277 donne sono state richiamate ad effettuare un esame di approfondimento, pari ad un tasso di richiami del 5,7%. La media regionale dei tassi di richiamo è stata invece del 6,8%.

Per quanto riguarda le donne in fascia di età 50/69 anni, il valore della copertura raggiungeva l'84,6% includendo anche le adesioni spontanee delle donne in questa fascia di età. Confrontando i dati con gli anni precedenti, si deduce che in Piemonte la copertura da inviti nel periodo indicato sia in costante graduale aumento (passando dal 71,1% del 2014 all'84,6%), tuttavia con situazioni differenti nei vari dipartimenti. In particolare, alcune criticità si rilevano in particolare nei territori dell'ASL TO3, che non raggiunge il 50% di copertura. La media regionale di adesione all'invito di screening era del 61,2%, con un minimo registrato nel territorio della Città di Torino (52,1%) e nel territorio dell'ASL TO3 (57,6%) ed un massimo nelle ASL TO5 (Moncalieri) e di Novara (vicino al 70%).

A livello regionale, si misura l'intervallo tra la data della mammografia (con esito negativo) e quella della refertazione (standard = 90% entro 21 giorni). Nel 2018, il 66,2% delle donne ha ricevuto l'esito negativo entro 21 giorni dalla data di effettuazione della mammografia e il 57% circa entro 15 giorni. Questi dati indicano, se confrontati con quelli degli anni precedenti, un costante peggioramento del servizio offerto (nel 2015 le percentuali erano 81% e 64%, rispettivamente per l'esito negativo entro 21 giorni e quello entro 15 giorni). Gli unici dipartimenti che raggiungono valori ottimali sono quelli di Biella-Vercelli e di Novara. Notevoli criticità emergono analizzando i territori dell'ASL TO3, in cui i valori sono rispettivamente del 27,5% e 18,9%, superati solo da Cuneo: 17,7%, 5,4%).

PREVENZIONE DELLE NEOPLASIE GINECOLOGICHE: PAP TEST/HPV

La popolazione bersaglio piemontese per lo screening del tumore alla cervice uterina annua comprendeva a fine 2016 395.723 utenze (donne 25-64 anni). Nel 2018 il programma regionale ne ha invitate 353.332.

Lo standard GISCi desiderabile indica una copertura da invito >80%, mentre lo standard accettabile è >65%; la copertura annuale nel triennio considerato (2015/2018) presenta una certa variabilità tra i vari territori: Torino, Cuneo e Alessandria hanno subito un decremento costante nei tre anni; restano costanti i dipartimenti di Rivoli (afferente all'ASL TO3) e Novara, mentre la copertura aumenta a Ivrea e Asti. Da sottolineare come il territorio dell'ASL TO3 non raggiunga lo standard accettabile GISCi del 65%. A livello regionale la copertura da inviti è comunque nel complesso buona, superando nel 2018 lo standard desiderabile GISCi>80%.

Anche l'adesione, oltre alla copertura, è uno degli indicatori logistico-organizzativi e funzionali per il programma di screening, che riflette bene le caratteristiche e il livello qualitativo del programma stesso. Il dato regionale si è mantenuto nel complesso costante negli anni; i dipartimenti con un tasso di adesione più elevato nel triennio sono quelli di Rivoli (ASL TO3), Ivrea, Cuneo e Asti. In particolare, l'adesione all'invito è stato del 44% a livello regionale e del 47,4% a livello locale dell'ASL TO3 (23.593 donne aderenti su un totale di 49.801 donne invitate).

POPOLAZIONE STRANIERA E SCREENING ONCOLOGICI

A inizio 2019, la popolazione straniera residente femminile nel territorio dell'ASL TO3 ha raggiunto circa 18.000 unità, rappresentando il 5,5% della popolazione femminile residente. Tra queste, 12.210 donne (67%) erano in età per lo screening cervicale (25-64 anni); 6.196 (34%) erano in età per lo screening mammografico (45-69 anni).

Dall'analisi dei dati del servizio Epidemiologia Screening (CPO) riguardanti lo screening per il tumore della cervice uterina, risulta che le donne straniere residenti partecipino allo screening cervicale in misura inequivocabilmente inferiore rispetto alle donne italiane (circa -4,6%); è stato dimostrato che questo divario, inoltre, aumenta con l'aumentare dell'età [Gallo *et al.* 2015].

Per avvicinare alla prevenzione queste fasce di popolazione più fragili diventa fondamentale organizzare azioni specifiche che favoriscano una maggiore integrazione nei percorsi di prevenzione offerti dal Servizio Sanitario Nazionale, servendosi di canali di comunicazione e informazione specifici e più vicini a questo target (associazioni culturali, mediatori, leader delle comunità religiose, professionisti che operano nel campo dell'immigrazione).

7 – CONSIDERAZIONI

La fotografia emersa da questo report ha l'obiettivo di affiancare con un supporto evidence-based i Partner, gli Stakeholders e i Soggetti Attuatori del progetto nel percorso decisionale degli interventi volti ad andare incontro ai bisogni emergenti delle donne in condizioni di fragilità e vulnerabilità.

Sulla base dei dati emersi, gli ambiti su cui si ipotizza essere opportuno agire sono:

- **Accessibilità ai servizi socio-sanitari**, tramite il rafforzamento delle reti dei servizi territoriali, in particolar modo nelle aree che risultano essere più remote e svantaggiate in termini di vicinanza e geografia territoriale. La letteratura, infatti, dimostra che la centralizzazione dei servizi di pubblica utilità incentiva lo spopolamento delle aree rurali, con conseguente aumento dell'età media in tali territori. Migliorare l'accessibilità ai servizi significa abbassare la soglia di accesso ai servizi stessi, e questo aspetto è percorribile tramite, sì, l'adeguamento geografico e di orario, ma anche (e soprattutto) cambiando le modalità di approccio: occorre percorrere strategie che facilitino la comunicazione e l'accessibilità ai servizi, l'individualizzazione e la facilitazione dei percorsi e delle modalità di cura. Un ruolo centrale dovrebbe essere dato ai mediatori culturali che traducono le parole, ma soprattutto le tradizioni e le credenze delle varie popolazioni, aiutando il personale sanitario a comprendere meglio la diversa percezione della gravidanza o della malattia nelle differenti culture e ponendo gli operatori di fronte alla necessità di sottoporre ad analisi critica le proprie conoscenze scientifiche per riconoscere ciò che è di comprovata efficacia, e quindi irrinunciabile, rispetto a ciò che può essere mediato e reso più accettabile dal paziente.
- **Violenza di genere**: se è vero che nel nostro territorio i protocolli per la messa in sicurezza della donna ci sono e sono efficaci, rimane ancora necessario e urgente promuovere l'informazione e la sensibilizzazione della collettività (tramite interventi culturali volti alla sensibilizzazione, all'ascolto e all'osservazione di potenziali situazioni di violenza nei confronti delle donne), garantire una corretta formazione a tutti gli operatori socio-sanitari, organizzare interventi di promozione culturale.
- **Inclusione sociale ed empowerment delle donne**: il report ha evidenziato una marcata disuguaglianza di genere e una penalizzata condizione della donna in ambito lavorativo; si rende pertanto auspicabile una maggior promozione dei percorsi di inserimento lavorativo verso prospettive che prevedano una maggior inclusione sociale ed indipendenza, volti a un riconoscimento ed a una maggior valorizzazione delle competenze (intese sia in ambito lavorativo, che personale). E' inoltre importante sottolineare che, sebbene non siano ancora disponibili dati definitivi, il divario socio-economico causato dall'impatto della pandemia da Sars-CoV-2 ha acuito le disuguaglianze ed il divario sociale.
- L'età media sempre più elevata, caratteristica ancor più evidente in specifiche realtà del nostro territorio di sperimentazione, impone riflessioni sulla prevalenza di alcune condizioni croniche che tipicamente si manifestano nelle donne dalla tarda età adulta/menopausale in avanti, quali ad esempio l'osteoporosi e le malattie del sistema circolatorio, ponendo inoltre l'attenzione a quelle neoplasie non soggette a screening, ad esempio del polmone, per le quali si sta registrando tra le donne un aumento di mortalità. Garantire dei servizi territoriali pubblici di facile accessibilità a questa fetta di popolazione, con lo scopo di promuovere la prevenzione, la cura e il follow up di tali condizioni morbose, altamente prevalenti nella popolazione femminile over 55, significa migliorare la qualità della vita in tali fasce di età, rendere la popolazione più fit e indipendente, gravare sempre meno sul SSN.

Non essendo il PITEM PRO-SOL un progetto con obiettivi di programmazione sanitaria, quanto piuttosto un progetto con fini informativi e comunicativi, il presente Profilo di salute assume la natura di un documento che permette di prevedere la misurabilità degli interventi messi in campo, in un'ipotesi di valutazione di impatto del progetto, attestando la capacità del gruppo di lavoro di monitorare la popolazione in esame attraverso un set minimo di indicatori, giustificando gli obiettivi e le attività che andranno a svolgersi. In base all'evoluzione del Progetto e agli interventi stabiliti, sarà ovviamente possibile produrre degli affondi specifici in futuro.

8 – BIBLIOGRAFIA

- Ahn N., Garcia J. R., Jimeno J. F. (2009), *Cross-country Differences in Well-being Consequences of Unemployment in Europe*, 157(8): 363–71.
- Blanden J., Buscha F., Sturgi, P., Urwin P. (2012), *Measuring the earnings returns to lifelong learning in the EU*, *Economics of Education Review*, 31(4): 501–14.
- Bosma H., van de Mheen H.D., Borsboom G.J., Mackenbach J.P. (2014), *Neighborhood socioeconomic status and all-cause mortality*, *Am J Epidemiol*, 153(4): 363–71.
- Braveman P., Cubbin C., Marchi K., Egerter S., Chavez G. *Measuring socio-economic status/position in studies of racial/ethnic disparities: maternal and infant health*. *Public Health Rep*, 2013;116:449-63.
- CCM-Ministero della Salute. *Riconoscere, accogliere e accompagnare le persone vittime di violenza relazionale. Guida per operatori di Pronto Soccorso. Versione 2.0. 22 dicembre 2017*
- Coggiola N., Dalmasso M., Pitidis A., C. Mamo. *La mortalità per suicidio in Piemonte: spunti epidemiologici per la prevenzione*. *Epidemiol Prev* 2020; 44 (2-3):179-188
- Costa G, Spadea T, Cardano M. *Diseguaglianze di salute in Italia*. *Epidemiol Prev* 2004; 28 (Suppl): 1- 162.
- Cpo, *Attività screening 2018 per la prevenzione del tumore della cervice uterina e della mammella*
- Crescimanno A., Ferlaino F., Rota F. (2008), *Classificazione della marginalità dei piccoli comuni del Piemonte*. 2008 Jul 22;7:CD007007
- Dematteis G. (2018) *La metro-montagna di fronte alle sfide globali. Riflessioni a partire dal caso di Torin*. *Journal of Alpine Research*, 106, 2-13. DOI: 10.4000/rga.4318
- Dipartimento della Pubblica Sicurezza, Direzione Centrale della Polizia Criminale. Servizio Analisi Criminale. *Violenza di genere e omicidi volontari con vittime Donne. Gennaio – Giugno 2020*. Roma, 17 luglio 2020
- EU.R.E.S., *III rapporto su Caratteristiche, dinamiche e profili di rischio del femminicidio in Italia, novembre 2015*.
- EUROSTAT, *Only 1 manager out of 3 in the EU is a woman*, March 2019.
- EUROSTAT, *Women in the EU earned on average 16% less than men in 2016*, March 2018.
- FRA (European Union Agency for fundamental rights), *Violenza contro le donne: indagine a livello di UE*, 2017.
- Fried et al., (2004). *Districare i concetti di disabilità, fragilità e comorbidità: implicazioni per migliorare il targeting e la cura*. *Riviste di Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences*, 59 (3), 255-263.
- Gallo, Caprioglio, Castagno, Ronco, Segnan, Giordano, *Inequalities in cervical cancer screening utilisation and results: a comparison between Italian natives and immigrants from disadvantaged countries*. Elsevier 2018
- Greco, Roberto, Apolone et al., *Fragility and vulnerability in health care*, 2013.
- IRES Piemonte, *Uguaglianza di genere in Piemonte. Rapporto 2019*.
- Istat *indagine multiscopo sulle famiglie: aspetti della vita quotidiana*
- ISTAT, *La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia*. Anno 2014.
- ISTAT, *L'allerta internazionale e le evidenze nazionali attraverso i dati del 1522 e delle Forze di Polizia. La violenza di genere al tempo del coronavirus: Marzo - Maggio 2020*.
- Lauria L., De Stavola B.L (2013), *A district-based analysis of stillbirth and infant mortality rates in Italy: 1999-2009*, *Paediatr Perinat Epidemiol*, 17: 22-32.
- O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. *Screening women for intimate partner violence in healthcare settings*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015 Jul 22;7:CD007007
- ONU, *In-depth study on all forms of violence against women. Report of the Secretary – General*, 2006.
- Palummeri et al., *Individuazione precoce e prevenzione della fragilità nella popolazione che invecchia*, 2012.
- Policy Précis, *Making the link: Gender Equality and Health*, 2018.
- Qian-Li Xue, *The Frailty Syndrome: Definition and Natural History*. *Clin Geriatr Med*. 2011 Feb; 27(1): 1–15.
- *Rapporto Osservasalute 2018: stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*
- Robbert J J Gobbens, Marcel A L M van Assen et al., *Determinants of frailty*, 2010 Jun;11(5):356-64.
- Robson M.S. (2011), *Can we reduce the caesarean section rate? Best Practice & Research Clin Obstetrics & Gynaecology*,15(1):179-194.
- *Rapporto BES 2019: il benessere equo e sostenibile in Italia*.
- SEREMI, *Le Vaccinazioni in Piemonte. Anno 2016*
- SOPHIE project, *Social and economic policies matter for health equity*, 2015.
- Spector L, *Recognizing and Responding to Child Abuse in the Medical Setting*. *Pediatric Annals*. 2020;49(8):e332-e333
- Spencer N. *The effect of income inequality and macro-level social policy on infant mortality and low birthweight in developed countries--a preliminary systematic review*. *Child Care Health Dev*, 2014; 30:699-709
- Steinbrook R. *Disparities in health care. From politics to policy*. *N Engl J Med* 2004; 350: 15. 2.
- Sternberg et al., (2011) *L'identificazione della fragilità: una revisione sistematica della letteratura*. *Journal of American Geriatrics Society*, nov; 59 (11): 2129-38
- WHO. *Suicide in the world. Global health estimates*. 2019
- Wisner B, Piers B et al., *At risk: natural hazards, people's vulnerability, and disasters*. 2nd ed. London: Routledge, 2004.