

Sintesi della Tavola Rotonda MEDICINA DI GENERE E IMPLICAZIONI NELLA ORGANIZZAZIONE SANITARIA

**Dal 2° Congresso Nazionale sulla Medicina di Genere
Padova 21-23 Ottobre, 2010**

Medicina di Genere ovvero come raggiungere l'uguaglianza tra uomini e donne anche nella cura e nella protezione della salute.

*Un approccio integrato per la diagnosi, la prevenzione e il trattamento come proposta di azione dal dibattito di esperti multi disciplinari in una Tavola Rotonda tenutasi in Padova il **22 Ottobre 2010** durante il **2° Congresso Nazionale sulla Medicina di Genere.***

Tematiche

I TEMI DEL DIBATTITO: Introduzione

Giovannella Baggio (Padova)

Direttore, U.O.C. di Medicina Generale, Azienda Ospedaliera Università di Padova
e Presidente, Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere, Azienda Ospedaliera
Università di Padova

Adriano Cestroni (Padova)

Direttore Generale, Azienda Ospedaliera di Padova

LA MEDICINA DI GENERE: UN PERCORSO TRASVERSALE

On. Francesca Martini (Roma e Verona)

Sottosegretario, Ministero della Salute

L'EPIDEMIOLOGIA E GLI STUDI MULTIDISCIPLINARI

Elisabetta Straface (Roma)

Reparto di Medicina di Genere, Dipartimento del Farmaco, Istituto Superiore di Sanità

L'INVESTIMENTO ECONOMICO

Vincenzo Atella (Roma)

Facoltà di Economia, Università di Roma Tor Vergata

LA MEDICINA DI GENERE IN OSPEDALE

Luciano Flor (Trento)

Direttore Sanitario, Azienda Sanitaria di Trento

QUALE EFFICACIA NEGLI INTERVENTI NORMATIVI

Paola Pisanti (Roma)

Direzione, Livelli essenziali di Assistenza - LEA, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria,
Dipartimento Qualità, Ministero della Salute

LE SOCIETA' SCIENTIFICHE VERSO UNA VALENZA DI GENERE

Nicola Natale (Milano)

Segretario Nazionale, FISM, Federazione Società Medico Scientifiche

IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE E LA MEDICINA DI GENERE

Raffaella Michieli (Venezia)

VALENZE E PROSPETTIVE DELLA MEDICINA DI GENERE NELLA REGIONE VENETO

Luciana Puppini (Venezia)

Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria, Regione Veneto

IL PERCORSO DELLE AZIENDE OSPEDALIERE ITALIANE VERSO UN'OTTICA DI GENERE

Valerio Alberti (Bassano del Grappa e Roma)

Vice Presidente, FIASO, Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere

LA MEDICINA DI GENERE: UN MODELLO IN REGIONE LOMBARDIA?

Luciano Bresciani (Milano)

Assessore alla Sanità, Regione Lombardia

PROSSIMI PASSI?

Andrea Peracino (Milano)

SISMG, Società Italiana per la Salute e la Medicina di Genere

Sommario: scenari, conoscenza, indicatori, economia, pianificazione.

Sempre più spesso si sente parlare di come donne e uomini debbano essere **uguali** anche nel diritto alla salute e di fronte ai servizi socio-sanitari. Sempre più si sente parlare di salute della donna o salute dell'uomo, che vuol dire focalizzare l'attenzione sulle malattie che colpiscono prevalentemente l'uomo e la donna. Oggi invece abbiamo bisogno e urgenza di parlare di **medicina di genere** che **non** si identifica con le malattie delle donne e degli uomini, **ma cerca di capire come curare, diagnosticare e prevenire le malattie comuni ai due sessi, e che incidono diversamente su uomo e donna per la differenza di genere**, e che sono, in realtà, il lavoro quotidiano del medico nel territorio e nell'ospedale: lo scompenso cardiaco, le aritmie cardiache, l'infarto del miocardio, i tumori del colon e del polmone, le malattie infettive epidemiche e poi il dolore, le cefalee, le malattie gastroenterologiche e così via. Con questa necessaria reimpostazione concettuale ci si è perfino resi conto che la donna non è immune dalle malattie che si è sempre ritenuto dovessero colpire prevalentemente l'uomo, come le malattie del cuore e dei vasi (infarto e ictus), o i tumori del polmone; addirittura si deve prendere conoscenza che le malattie cardiovascolari portano a morte più donne che uomini, e che gli effetti collaterali dei farmaci sono molto diversi nei due generi. Quindi sempre più preoccupante appare la constatazione delle significative differenze di genere nell'accesso alle cure, nell'organizzazione delle cure, così come nell'accesso alle ricerche cliniche e nello studio dei farmaci.

Questi sono gli elementi che hanno aperto la tavola rotonda **"Medicina di Genere e Implicazioni nella Organizzazione Sanitaria"** tenutasi il 22 Ottobre 2010 all'Università di Padova durante il **2° Congresso Nazionale sulla Medicina di Genere**. La Medicina di Genere (MDG) non è quindi una nuova etichetta della medicina della donna ma un percorso trasversale tra le discipline mediche; questo nuovo approccio non è più rimandabile e l'organizzazione sanitaria deve prenderne atto e agire di conseguenza. Tale percorso è risultato già evidente al termine del 1° Congresso tenutosi a Padova nel Febbraio 2009. Uomo e donna, di fronte al proprio bisogno di salute compromessa da patologie di particolare impatto socio-sanitario (malattie cardiovascolari, diabete, obesità, tumori, malattie neurodegenerative, respiratorie, dell'osso e delle articolazioni etc.), richiedono che l'organizzazione sanitaria le affronti avendo ben chiare quali siano le differenze di genere. Si è confermato, quindi, in quell'occasione, il bisogno di un nuovo approccio scientifico al genere che si traduca in una ricerca biomedica sempre più capace di indagare la complessità biologica della differenza di sesso, accanto alla necessaria attenzione alla differenza con cui i due generi sono interpretati nell'organizzazione sanitaria, per evitare diseguaglianze che ricadono sulla sofferenza dell'individuo e sui costi della sanità.

La spesa sanitaria viene sempre più considerata un investimento per la salute e, quindi, come uno dei principali determinanti della crescita di un paese. Il livello di diseguaglianza di genere, soprattutto nell'erogazione di servizi, non corrispondente alle esigenze dei fruitori, è considerato un indice della

qualità di vita di una nazione. Un'appropriatezza di genere nella protezione della salute dell'uomo e della donna può essere misurata con indicatori economici.

Le domande cui la MDG viene chiamata a dare una risposta sono molte, e più ci si addentra nella conoscenza delle differenze di genere più evidenti appaiono le barriere che impediscono un riduzione di tali ostacoli. La Tavola Rotonda del 22 Ottobre 2010 su **“Medicina di Genere e Implicazioni nella Organizzazione Sanitaria”** ha certamente consentito di focalizzare l'attenzione sullo scenario di come oggi è vissuta o interpretata la MDG, e ad evidenziare domande, mancanze, spunti di riflessione, e indirizzi di percorsi.

Intanto lo scenario.

Si deve riconoscere che il messaggio, l'invito pressante dell' ONU/WHO, e in particolare l'articolazione del terzo *Millenium Development Goal-MDG3* (che richiama attenzione e impegni più costanti non solo nell'empowerment della donna, e al miglioramento educativo della stessa, ma anche sugli interventi sulla salute che estendano l'aspettativa di vita dell'uomo in modo comparabile con la donna (<http://www.un.org/millenniumgoals/>), ha stentato nel trovare una risposta nel fertile terreno italiano, storicamente abituato ad affrontare nella realtà di tutti i giorni la necessità di superare distanze o differenze culturali, e di intervento, per esempio, sulla salute e la sua protezione. Il concetto di pari opportunità non è di ieri e risale a indirizzi ben chiari nella costituzione della Repubblica (ormai oltre i sessanta anni di età). Pur tuttavia le classifiche ultime vedono la posizione italiana scendere progressivamente al 74mo posto in una classifica ideale di livello di pari opportunità (<http://www.weforum.org/pdf/gendergap/report2010.pdf>).

Già alla fine degli anni ottanta, e negli anni novanta, in Italia erano nate iniziative tendenti ad aumentare l'attenzione sui problemi di salute della donna prevalentemente dopo la menopausa. Se si considera che nelle società anche occidentali, la donna, in tale età, pur essendo essenziale nella famiglia, come sostegno educativo e formativo dei bambini, scompariva nei piani sociali e politici di intervento.

Dal 2005, l'avvedutezza di alcuni politici in Italia concentrava l'attenzione sulla salute della donna che risultava diventare una piattaforma per costruire l'edificio della MDG. La salute della donna nei suoi riflessi etici, organizzativi, progettuali ed economici era considerata la prima garanzia di successo per una politica di sostegno fondata sulla Medicina di Genere (*On. Francesca Martini* nel suo messaggio al “1° Congresso Nazionale sulla Medicina di Genere”). Proprio l'On. Martini, nel 2009 teneva a battesimo la nascente serie dei Congressi Nazionali sulla Medicina di Genere. Nel 2007, sotto la spinta dell'allora Ministro della Salute, veniva insediata una commissione di oltre 70 esperti che rilasciava un documento ponderoso di oltre 400 pagine sulla Salute della Donna vista nel suo ampio ventaglio di aree di debolezza legate oltre che alle patologie primariamente legate all'età fertile, alla posizione delle donna nella società, al suo ruolo e alla sua capacità contrattuale, emblematicamente ridotta per esempio per le persone immigrate o transigrate. Si deve alla sensibilità degli esperti di quella commissione se in tale documento, nato con altri scopi, venisse innestata una attenzione alle malattie non precipuamente dell'area fertile, quindi in comune con l'uomo come le malattie cardiovascolari, neurodegenerative, etc. Nascevano dunque alcune istanze indirizzate a mettere le basi di una Medicina di Genere. Tale documento è stato più volte ricordato nella Tavola Rotonda (*Raffaella Michieli, Elisabetta Straface, Paola Pisanti*). Certamente da quel documento dovevano nascere iniziative e interventi strategici. Nella Tavola Rotonda è stato ricordato anche il Progetto di Ricerca Strategico “Salute della Donna” dell'Istituto Superiore di Sanità che, con molto impegno dei suoi promotori, riusciva ad attirare dal Ministero della Salute anche un sostegno finanziario su attività di ricerca, fra l'altro su patogenesi, appropriatezza delle cure, malattie iatrogene, ricerca di bioindicatori di genere associati (*Raffaella Michieli, Elisabetta Straface, Paola Pisanti*) efficaci nell'aiutare a valutare patogenesi, appropriatezza di cura, aspetti socio-economici, prevenzione delle patologie con differenza di genere. Successivamente, grazie alla sensibilità degli attori di questa attività, veniva colta l'esigenza di spostare sul genere, e quindi sulla Medicina di Genere, lo sviluppo del progetto stesso. Lo stimolo intellettuale da parte alcune organizzazioni e istituzioni da anni impegnate sul tema, l'esigenza di confronto con iniziative di altri paesi, e il concetto di *bench marking* che ne derivava, sono stati sufficienti a dare una svolta: il tema donna come stimolo, la Medicina di Genere come area di intervento. Il percorso salute della donna verso una

salute di genere viene anche ricordato nella cornice Europea e in quella della programmazione sanitaria (Paola Pisanti).

Non poche Società scientifiche hanno iniziato a chiedersi come rispondere a dette emergenti proposizioni di indirizzo (*vedere i risultati del Forum delle Società Scientifiche tenutosi nell'alveo dello stesso Congresso*). Le Società Scientifiche in Italia per numero e qualità rappresentano, infatti, tutto l'arco istituzionale della medicina e sostengono con programmi sufficientemente differenziati l'esigenza di aggiornamento dei medici nel vasto scenario della medicina di oggi. Un riconoscimento importante emerso durante la Tavola Rotonda è l'ammissione (Nicola Natale) che molte società federate alla Federazione Italiana delle Società Medico-Scientifiche-FISM stanno cogliendo dalla modifica dello scenario sopra sintetizzata una spinta ad andare verso una strategia più aderente alla necessaria presa di coscienza dei concetti di genere. Nascono spinte assai produttive, che portano a riconoscere nel rinforzo al ruolo della donna nelle aree decisionali, e soprattutto nella gestione della salute e della sanità, un emblema di intervento pratico di risposta alla domanda di una sensibilizzazione alle differenze di genere.

La mancanza di conoscenza:

Mancano dati sufficienti (Adriano Cestroni) per capire e quindi intervenire là dove più importante può essere lo stimolo, la necessità di un cambiamento per esempio nell'ospedale, per la formazione degli operatori, e nell'università per la formazione dei medici. Il sistema ospedale è profondamente inserito nel territorio e le inferenze reciproche consentono di modulare la continuità di cura nel rispetto della dimensione biologica e sociale della persona. L'ospedale rappresenta quindi un'area, dove la valenza di genere può essere realizzata, ottimizzata, e quindi misurata, sulla reale efficienza del sistema. La mancanza di studi specifici significa non solo mancanza di strategie, ma anche mancanza di studiosi (Rodolfo Paoletti), mancanza di uno stile nuovo di fare ricerca, che superi i regolamenti obsoleti e troppo teorici nella scelta delle popolazioni, e dei parametri di valutazione nello sviluppo di un farmaco. Si richiede uno *stile nuovo* che veda la cooperazione stretta tra università, ospedali, scuole di medicina e aziende sanitarie di territorio. L'ospedale in Italia costituisce sempre più il nodo centrale di un sistema *Hub & Spoke*, dove il territorio sempre più diventa dipendente dal nodo centrale ospedaliero, e questi sempre più è portato a dirigere il percorso di sanità del cittadino. Il sistema territorio è profondamente connesso e condizionato dal sistema ospedale e su questa piattaforma si innesta la continuità di cura. L'efficienza di un sistema si trasferisce sull'altro e al contrario le inefficienze ne moltiplicano il fallimento (Valerio Alberti)

Gli indicatori.

Lo sviluppo della conoscenza si avvale di indicatori di misura sia di processo sia di *out-come*. Gli indicatori devono essere utilizzati nei programmi e nelle politiche, nella raccolta dei dati epidemiologici, demografici e statistici e nella valutazione dei risultati (Paola Pisanti). Nella programmazione ministeriale sono riconosciuti indicatori principali le prestazioni specialistiche e farmaceutiche per area, rapportate a età, genere, e profilo della popolazione totale. La Medicina di Genere può diventare un'area ove detti strumenti possano essere validati e quindi meglio utilizzati. Infatti, la *clinical governance* costituisce oggi un indirizzo condiviso e, nello stesso tempo, uno strumento efficiente di risposta del sistema ospedale ai bisogni di salute anche perché garantire elevati standard assistenziali vuol dire soddisfare esigenze ed aspettative (bisogni) degli utenti, determinati anche dal sesso e dal genere. La MDG consente di costruire degli standard e si basa su linee guida che orientano la strategia globale e la tecnologia sanitaria (Luciano Flor - v. anche fig 1 e 2). Viene ricordato lo strumento AGREE (*Appraisal of Guidelines Research & Evaluation su Qual Saf Health Care. 2003; 12(1):18-23*), destinato a valutare e misurare la qualità delle linee guida, e a mettere le basi per la valutazione della performance. Su questo può innestarsi un'impostazione di genere nella costruzione di linee guida di ordine clinico e nel percorso formativo dei professionisti (*Implementation Science 2007, 2:35*) al fine di adottare e rendere sistematicamente disponibili misure di performance e qualità significative (in forma disaggregata) per sesso e genere, scegliendo differenti parametri per uomini e donne che consentano di evidenziare differenze, riflettere cure appropriate e supportare attività strutturate di *gender based impact assessment*. Per un completo *setting* degli indicatori di genere è necessario allargare le sperimentazioni e identificare delle *best practices*. La Medicina di Genere può essere intesa come un veicolo per passare da una *medicina reattiva* a una *medicina proattiva*, in linea con le 4P di

Seattle: Prevenzione, Predizione, Personalizzazione, Partecipazione. L'appropriatezza clinica e la presa in carico globale sono i parametri strategici di gestione dell'azienda sanitaria ospedaliera o di territorio (*Valerio Alberti*) dove il genere costituisce un determinante essenziale della salute, con riflesso sulla valutazione dei fattori di rischio e sulla accessibilità ai servizi che incidono su epidemiologia, diagnosi, storia naturale della malattia, trattamento e risposta ai farmaci. Qui si misura la crescita verso l'approccio di genere dell'azienda sanitaria. Una banca dati e una banca biologica molto ampia, aperte alla comunità scientifica e dedicate anche alle malattie cardiovascolari/dismetaboliche e (neuro) degenerative sono in sviluppo presso il Dipartimento di Epidemiologia dell'Istituto Superiore di Sanità (*Paola Pisanti*) (<http://www.iss.it/esps/>).

Il ritorno degli investimenti.

La spesa sanitaria deve essere sempre più considerata come un investimento. Questa spinta economica apre la necessità di sviluppare analisi di popolazione e simulazioni di intervento. La tendenza della spesa sanitaria in Italia si proietta verso 500 miliardi nel 2050 (*Vincenzo Atella* - v. anche fig 3) superando in quella decade l'11% del PIL. La disponibilità di una banca dati rappresentativa di circa due milioni di soggetti afferenti al medico di medicina generale (*SEARCH*) consente di aprire studi prospettici indirizzati anche alla valenza del genere. Lo studio coorti (*SISSI-SIMG-CEIS*) comincia a dare una conferma della validità di detta banca dati nella valutazione e predizione di costi sanitari dell'età avanzata di quelle coorti in cui non siano state sviluppate adeguate misure preventive dei fattori di rischio nelle rispettive età precedenti. Si osserva, nella popolazione in studio, fra l'altro, un aumento parallelo tra uomo e donna del costo sanitario totale (farmaci, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, ospedale) pro capite con una prevalenza dell'uomo in tutte le età, con l'eccezione delle visite specialistiche e degli accertamenti diagnostici nelle decadi fertili per la donna.

La pianificazione sanitaria.

La Regione Veneto (*Luciana Puppini*) sempre più concentra le strategie d'intervento e di sostegno alla salute del cittadino, sull'appropriatezza, la soluzione organizzativa, la razionalizzazione, e sui costi standard. In queste prospettive si attende di verificare l'apporto di un approccio di genere come elemento d'induzione e di facilitazione del raggiungimento dei risultati attesi. Per questo ci si attende che i progetti di Medicina di Genere supportati dalla Regione riescano a portare concreti strumenti di misura ed efficace supporto alla trasferibilità più ampia delle proposizioni verificate in progetti pilota.

La Regione Lombardia (*Luciano Bresciani*) ha costruito un modello di Medicina di Genere che viene inserito nel nascente piano sanitario regionale (2011-2014), avviato in modo preciso al termine del precedente (2007-2010). Provocatoriamente, si può dire che una società di genere dovrebbe innestarsi su una società biologica, che tuttavia stenta a essere rappresentata in modo adeguato in molti ambienti anche del lavoro. Sicuramente la Medicina di Genere aiuta a guardare lontano e a pianificare sul genere rilevanti impegni finanziari nella prevenzione (5,2% della spesa globale in Lombardia): fumo, diabete, salute della donna in tutte le età, e disponibilità farmaceutica. Investimenti concreti che aprono la porta ad adeguati interventi per ridurre le differenze di genere, e meglio integrare tutte le risorse sulla salute del cittadino.

In sommario.

La Tavola Rotonda ha richiamato gli elementi essenziali su cui lavorare per consentire che la Medicina di Genere contribuisca a migliorare la risposta della società alla *persona* (*Giovanella Baggio e Andrea Peracino*). Anche l'ONU/WHO hanno voluto innestare il suo percorso verso una eguaglianza di genere nella protezione della salute, sulla piattaforma della salute della donna, come, d'altronde, si è ripetuto in Italia. La richiesta d'impegno fra le nazioni sollecitate da ONU/WHO verso un percorso di genere non ha ricevuto una risposta soddisfacente in molti paesi. Nel recente *summit*, tenutosi il 20-22 Settembre 2010 a New York, i risultati non in linea con le attese hanno indotto i promotori a richiedere un'accelerazione degli interventi (<http://www.un.org/millenniumgoals/>). La salute costituisce uno dei primi dieci indicatori per la valutazione dello stato di benessere, o qualità di vita, di un paese, ove l'Italia appare stabile nella ottava posizione dal 2005 al 2010. (http://www.economist.com/media/pdf/QUALITY_OF_LIFE.pdf).

L'eguaglianza di genere non sempre fa parte dei primi dieci indicatori. Nelle pari opportunità, poi, l'Italia stabilmente occupa una delle posizioni più lontane dai paesi più efficaci nel raggiungere gli obiettivi. Mancano dati sufficienti, e con rare eccezioni non si conoscono bene le valenze e quindi le opportunità/necessità di introdurre approcci di genere in tutta la costellazione del mondo sanitario dalla formazione professionale, all'organizzazione dei servizi, all'applicazione delle linee guida, alla costruzione di protocolli appropriati anche dal punto di vista del rapporto rischio/beneficio per il soggetto e del rapporto costo/beneficio per la società. Le iniziative lodevoli di allargamento dell'interesse sulla salute della donna verso la salute di genere richiedono di essere interpretate meglio in un numero di realtà più ampie e più emblematiche delle esigenze concrete della eguaglianza di genere. Esistono sicuramente degli indicatori di qualità e *performance* che attendono di essere inseriti in un numero più ampio di realtà. Appare importante il *bench marking*, ma va allargato il numero dei punti di riferimento anche in Italia, e non dovere sempre far riferimento ad altri paesi europei. L'integrazione tra università, aziende ospedaliere e territorio, società scientifiche, e, anche, col mondo del lavoro sono essenziali per costruire i percorsi di genere adeguati alle necessità riconosciute da tutti. L'alleanza significa aumentare la probabilità di richiamo di contributi agli studi molti dei quali attendono di essere avviati e portati avanti. Veneto e Lombardia rappresentano alcune delle regioni Italiane che sono nell'area dei servizi sanitari tra le più avanzate d'Europa. Da esse ci si attendono modelli efficaci, trainanti e trasferibili di protezione della salute di genere. Sicuramente un approccio di genere è ormai un'esigenza ripetuta in molte aree della medicina. Tale approccio è destinato a migliorare il risultato clinico a favore del paziente, a ridurre sofferenze inutili o una mortalità anticipata. Sicuramente da questo può derivare un ritorno migliore dell'investimento sulla salute, e in definitiva un migliore utilizzo delle risorse umane ed economiche nel contesto del servizio sanitario. La Medicina di Genere e la sua applicazione nel mondo della salute è destinata a contribuire a fare quel salto copernicano, o meglio galileiano, di intervento da una *medicina reattiva* ad una *medicina proattiva*, da una rincorsa a ridurre (inefficacemente) i *costi per la sanità*, ad un *investimento voluto sulla salute*. Non è solo filosofia ma un chiaro indirizzo al migliore utilizzo delle risorse umane e materiali a favore del cittadino.

È questo un impegno trasversale degli specialisti. La necessità di aumentare gli studi sulla Medicina di Genere è un richiamo a tutti i centri medici di eccellenza. Proprio per questa esigenza è nato da pochi mesi, grazie alla spinta della Azienda Ospedaliera Università di Padova e della Fondazione Giovanni Lorenzini, il **Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere**, con sede a Padova, sotto la guida di medici, scienziati, economisti, comunicatori e esperti di politica sanitaria, coordinati da Giovannella Baggio.

Andrea Peracino 24 ottobre 2010

Figure

Indicatori di performance dei sistemi sanitari (OMS)

<ul style="list-style-type: none"> • Ambulance use (medical transport); men and women by age (to be developed) • Rate for cataract procedures; men and women by age • Use of medication for cardiovascular disease; men and women by age • Percentage of births attended by skilled health personnel (excluding trained or untrained traditional birth attendants) • Proportion of health facilities that offer gender-sensitive, patient centred care (e.g. rape crisis centre, voluntary counselling and testing services for human immunodeficiency virus) (to be developed) • Proportion of respondents (men and women) reporting being treated with respect (to be developed) 	<ul style="list-style-type: none"> • Average waiting time for coronary interventions; men and women • Average waiting time, in primary care, for patient to see doctor; men and women • Proportion of men and women accessing provider type of choice • Percentage of population covered by insurance; men and women by age and by gender-specific services (to be developed) • Out-of-pocket health expenditure; men and women • Not seeking or deferring care because of health-care cost; men and women
--	--

Fig 1

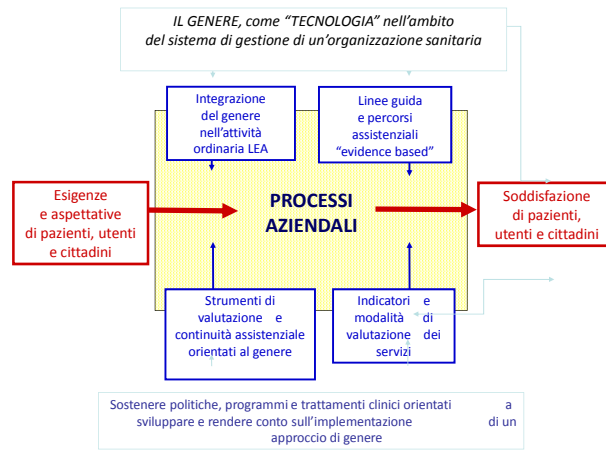
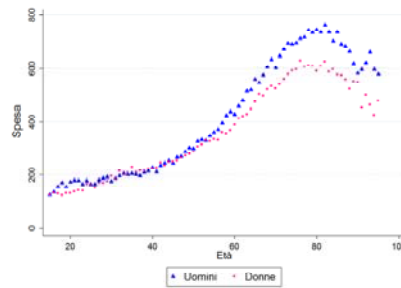


Fig 2

Spesa pro capite totale per età e sesso - 2009



Fonte: Progetto SSSI, SIMG - CEIS Tor Vergata, 2010

Fig 3