



Ministero della Salute

***LO STATO DI SALUTE
DELLE DONNE
IN ITALIA***

***Primo Rapporto
sui lavori della
Commissione “Salute delle Donne”***

Roma, marzo 2008



Ministero della Salute

***LO STATO DI SALUTE
DELLE DONNE
IN ITALIA***

***Primo Rapporto
sui lavori della
Commissione “Salute delle Donne”***

Roma, marzo 2008

Questo documento rappresenta il primo Rapporto prodotto dalla Commissione “Salute delle Donne”, che deve intendersi come intermedio rispetto al Rapporto finale previsto.

Il Rapporto è costituito da una raccolta di documenti preparatori sulla base dei quali si svilupperanno i lavori della Commissione, con l’obiettivo di fornire una “fotografia” esaustiva dello stato di salute della popolazione femminile italiana e di identificare, in un’ottica di genere, quei “vuoti” - a partire dalle fonti informative - in modo da individuare/proporre efficaci strategie per “costituire sistema” e ridurre le disparità di genere in materia di salute.

Hanno curato il volume

Anna Prete

Lorenza Pastore

Valeria Tellini

INDICE

| | |
|---|-----|
| <i>Premessa</i> | 7 |
| Discorso del Ministro Livia Turco in occasione dell'insediamento della Commissione | 9 |
| La salute delle donne in Italia nel contesto demografico e sociale | 21 |
| Approccio di genere alla salute | 29 |
| 1. Riduzione delle disuguaglianze e approccio di genere nelle politiche per la salute | 31 |
| 2. Approccio di genere nella ricerca, nelle sperimentazioni e nei trattamenti farmacologici | 39 |
| Salute sessuale e riproduttiva | 56 |
| Il percorso nascita: periodo preconcezionale gravidanza, parto, puerperio | 81 |
| La violenza contro le donne: prevenzione, servizi, formazione degli operatori socio-sanitari | 113 |
| Focus sulle malattie cardiovascolari della donna in post-menopausa | 121 |
| Tumori: prevenzione, diagnosi, terapia | 127 |
| L'associazionismo al femminile | 139 |
| Razionale e proposte per un Piano intersettoriale | 149 |
| Seminari | 153 |
| 1. Prevenzione dei tumori: tra differenze di genere e differenze territoriali | 155 |
| 2. Riduzione delle disuguaglianze e approccio di genere nelle politiche per la salute | 156 |
| Fonti di dati per l'analisi di genere | 157 |
| 1. Fonti istituzionali | 161 |
| 2. Banche dati internazionali | 181 |
| 3. Altre Fonti | 189 |
| Conclusioni | 195 |
| Composizione della Commissione | 201 |

Premessa

La Commissione “Salute delle donne”, istituita presso il Ministero della Salute, è presieduta dal Ministro Livia Turco; Vice Presidente è Maura Cossutta, consigliere del Ministro

La Commissione, insediata l'8 giugno 2007, ha **durata triennale** ed ha come obiettivi:

- elaborazione del Piano strategico intersettoriale per la promozione e tutela della salute psico-fisica delle donne;
- elaborazione degli aspetti propedeutici della Conferenza Nazionale delle donne;
- approfondimento dei seguenti temi: la medicina di genere, la salute riproduttiva, il percorso di nascita, gli aspetti preventivi nelle varie fasi della vita delle donne;
- elaborazione, in armonia con le disposizioni contenute nel titolo V della Costituzione, di linee guida per l'aggiornamento del Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI), adottato con D.M. 24 aprile 2000

Quale modalità procedurale, all'interno della Commissione sono stati costituiti, 7 Gruppi di Lavoro di cui sono stati condivisi gli obiettivi:

1) Conferenza nazionale sulla salute delle donne e Piano Intersettoriale

Obiettivo: Costruire i contenuti della conferenza in particolare con la predisposizione di una proposta di Piano Intersettoriale Triennale e suo monitoraggio

Coordinatori:

Maura Cossutta, Consigliere del Ministro

Maria Paola Di Martino, Direttore Generale, Direzione Rapporti con l'Unione Europea e Rapporti Internazionali

2) Il percorso nascita: periodo preconcezionale, gravidanza, parto, puerperio

Obiettivo: Produrre un Rapporto Nazionale sull'analisi dei dati e delle esperienze del percorso nascita; confronto e proposte anche in vista di un eventuale aggiornamento del POMI

Coordinatori:

Francesca Fratello, Direttore Generale, Direzione Prevenzione Sanitaria

Filippo Palumbo, Direttore Generale, Direzione Programmazione Sanitaria, Livelli di Assistenza e Principi Etici di Sistema

3) Salute sessuale e riproduttiva

Obiettivo: Analizzare i dati e le esperienze in coerenza con le azioni raccomandate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dall'Unione Europea; produrre un Rapporto Nazionale con confronti e proposte

Coordinatori:

Angela Spinelli, Ricercatrice Istituto Superiore di Sanità

Marina Toschi, Consigliera di Parità Reg. Umbria

4) La salute delle donne durante tutto l'arco della vita

Obiettivo: Predisporre un Rapporto sullo stato di salute della popolazione femminile e definire le azioni raccomandate

Coordinatori:

Giovan Battista Ascone, Dirigente Medico, Direzione Generale Prevenzione Sanitaria

Concetta Mirisola, Segretario Generale del Consiglio Superiore di Sanità (CSS)

5) I Tumori: prevenzione, diagnosi, terapia

Obiettivo: Analizzare i dati e le esperienze regionali; formulare proposte per la riduzione delle differenze territoriali e delle disuguaglianze sociali

Coordinatori:

Eva Buiatti, Coordinatrice Osservatorio di Epidemiologia dell'Agenzia regionale Sanità della Regione Toscana (Consigliere CSS)

Paola Muti, Direttore Scientifico IRCCS Regina Elena di Roma (Vicepresidente del CSS)

6) Approccio di genere alla salute

Obiettivo: raccogliere i dati di genere sulla salute e proporre approfondimenti metodologici di rilevazione e analisi statistica; proporre percorsi di formazione specifica a livello universitario e per gli operatori del SSN; promuovere programmi di ricerca vigente

Coordinatori:

Flavia Franconi, Professore ordinario di Farmacologia cellulare e molecolare presso la Facoltà di Farmacia dell'Università di Sassari e coordinatore del dottorato di ricerca in Farmacologia di Genere; responsabile del gruppo gender oriented della Società Italiana di Farmacologia (SIF)

Linda Laura Sabbadini, Direttore Centrale ISTAT

7) La violenza contro le donne: prevenzione, servizi, formazione degli operatori socio-sanitari

Obiettivo: analizzare le esperienze e valorizzare le buone pratiche; predisporre raccomandazioni per i percorsi di assistenza; predisporre programmi per la formazione degli operatori socio sanitari

Coordinatori:

Marinella D'Innocenzo, Direttore Generale ASO OIRM S. Anna Torino

Alessandra Kustermann, Responsabile servizio di diagnosi prenatale e del Centro soccorso violenza sessuale, Ospedale Mangiagalli di Milano (Consigliere del CSS)

I Gruppi di lavoro si sono avvalsi, altresì, dell'apporto di Esperti individuati da Istituzioni ed Enti di appartenenza.

**Discorso del Ministro Livia Turco
in occasione
dell'insediamento della Commissione**

8 giugno 2007

Carissime e carissimi,

sono molto lieta di poter finalmente dare l'avvio alla Commissione salute delle donne, che ho tanto voluto e che considero davvero di un'importanza speciale.

Come vedete è molto numerosa, ma proprio il numero elevato delle/dei componenti è per me il segno di questa importanza speciale. Vuole innanzitutto dimostrare le straordinarie potenzialità che abbiamo a disposizione e anche il grande lavoro che abbiamo di fronte.

La salute delle donne è infatti uno spartiacque che coinvolge un insieme complesso e intrecciato di responsabilità, competenze, professionalità, esperienze e che richiede il concerto dei diversi livelli istituzionali e di decisione politica.

La promozione della salute delle donne è infatti un obiettivo strategico per la promozione della salute di tutta la popolazione, è misura della qualità – e quindi dell'efficacia ed equità- del nostro sistema sanitario, ma è anche molto di più.

E' un vero paradigma del livello di civiltà, democrazia e sviluppo di un Paese.

Le donne, il loro mondo, la loro vita, la loro salute sono veri “indicatori del benessere” di una società nel suo complesso. E viceversa, le disuguaglianze nello stato di benessere e di salute delle donne intrecciano tutte le altre disuguaglianze, economiche, sociali, culturali.

In questo senso, assumendo la promozione della salute delle donne come strategia per la promozione della salute di tutta la popolazione, già questo Ministero ha iniziato un cammino.

Abbiamo stanziato rilevanti risorse nell'ultima finanziaria - risorse aggiuntive rispetto al Fondo sanitario nazionale e risorse vincolate a specifici Obiettivi di Piano.

Abbiamo avviato Progetti – numerosi con l'ISS, tra cui quello “Qualità e valutazione di modelli operativi del Percorso Nascita” o quello “Salute donna per la ricerca nella medicina di genere”.

Abbiamo lavorato affinché si istituissero specifici corsi di formazione di Medicina di genere presso le Università – e prime fra tutte ha risposto l'Università Tor Vergata di Roma, che ha deciso di istituire dal prossimo anno accademico un Master presso la Facoltà di medicina.

Abbiamo promosso il Piano d'azioni sulla salute materno-infantile presentato a Napoli l'8 marzo scorso – in coerenza con le raccomandazioni delle Conferenze Internazionali sulla salute, con quelle dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dell'Unicef, in applicazione delle risoluzioni dell'Unione Europea, in accordo con le Società scientifiche e gli Ordini professionali.

Abbiamo presentato al Parlamento un disegno di legge sulla tutela della salute e dei diritti della partoriente e del nato – che è attualmente pronto per l'esame dell'Aula della Camera dei Deputati.

Abbiamo avviato, insieme al Ministero degli Esteri, il percorso verso la Conferenza per il Partenariato con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente per la promozione globale della salute e in particolare di quella delle donne.

Intendiamo andare ancora più avanti.

L'obiettivo che mi sta particolarmente a cuore – e su cui intendo investire il mandato stesso di questa Commissione - è la preparazione di un evento che è del tutto inedito per i governi del nostro paese.

*Mi riferisco alla **Prima Conferenza Nazionale sulla salute delle donne**, che terremo alla fine dell'anno e che avrà il compito di presentare il **Primo Piano Intersectoriale triennale sulla salute delle donne**.*

Un grande evento, un'occasione straordinaria, una sfida innovativa: questo vogliamo che sia.

Ma da dove nasce questa scelta?

L'importanza del lavoro intersectoriale per le politiche di promozione della salute è ormai una precisa raccomandazione dell'Unione Europea e la sua attualità è compresa nell'agenda europea. Il documento dell'OMS Europa e il documento UE della Presidenza Finlandese sollecitano i governi al coordinamento delle politiche, sanitarie e non sanitarie, per la promozione della salute. Come Ministro della Salute, già dall'inizio del mio mandato, ho investito subito su questa consapevolezza, producendo il Piano "Guadagnare in salute", che ha coinvolto le responsabilità di numerosi Ministeri, delle Regioni, degli Enti locali, così come delle organizzazioni di rappresentanza sociale e imprenditoriali, per promuovere azioni capaci di intervenire sugli stili di vita della popolazione che così grande influenza hanno sull'insorgenza delle più rilevanti malattie.

Ritengo che questo metodo di lavoro intersectoriale debba rappresentare un vero cambiamento innovativo.

"La salute in tutte le politiche" deve rappresentare il nuovo compito che il nostro sistema sanitario ha oggi di fronte. La sua stessa natura, le sue stesse finalità - di sistema pubblico e universalistico - impongono un passaggio innovativo. Sono convinta che la "Salute in tutte le politiche" rappresenti una vera strategia, che è anche la risposta scientificamente solida e operativamente efficace per la promozione della salute nelle società moderne e per la sostenibilità stessa dell'insieme del sistema di sicurezza sociale.

Per questo, la partecipazione ai lavori di questa Commissione non soltanto dei rappresentanti delle Regioni, che sono da sempre interlocutore privilegiato di questo Ministero, ma anche - ed è la prima volta - di quelli degli altri Ministeri e degli Enti locali, ha per me un significato preciso.

"La salute in tutte le politiche" significa scegliere l'azione intersectoriale, il coordinamento delle politiche - di tutte le politiche, sanitarie e non sanitarie - per definire obiettivi, promuovere l'organizzazione e l'integrazione degli interventi e dei servizi, coinvolgendo il ruolo e la responsabilità di tutti i decisori istituzionali, a tutti i livelli, e di quelli politici, sociali.

*La Conferenza promuoverà infatti anche la costituzione di un **Forum nazionale**, che sarà il luogo di confronto e di rappresentanza di quello che è la risorsa straordinaria, il capitale umano e sociale di questo Paese. Intendo i soggetti dell'associazionismo delle donne, le forze della rappresentanza sociale, le ONG, le associazioni imprenditoriali.*

Una Conferenza e un Forum quindi, per intrecciare tra istituzioni e società un grande dibattito pubblico su cosa significa oggi difendere e promuovere la salute delle donne, quali sono i contenuti, gli obiettivi, i valori.

Occorrono politiche, risorse, servizi, ma occorre anche attivare le competenze e le professionalità degli operatori e, soprattutto, occorre costruire socialità, mutamenti nel tessuto

sociale delle relazioni, prassi di solidarietà e di reciprocità, libertà e responsabilità tra le donne e gli uomini.

Ed è per questo, permettetemi di insistere su questo, che ho anche voluto come invitate permanenti di questa Commissione, le donne del Consiglio Superiore di Sanità.

Sono donne autorevoli, scienziate, intellettuali, ricercatrici, operatrici, il cui contributo sarà essenziale per il rigore e la serietà che intendiamo dare ai nostri lavori. Ma anche un altro è il motivo della mia scelta, che vorrei fino in fondo esplicitare.

Le politiche delle donne hanno bisogno delle donne!

Non vi possono essere efficaci politiche a favore delle donne, senza le donne protagoniste delle scelte. Non si promuove empowerment “contro”, ma neppure “in nome” delle donne, ma “con” le donne”.

A tutti i livelli certo, ma io dico in particolare ai livelli istituzionali più alti.

Credo che sia maturo e necessario nel nostro Paese questo segnale forte di cambiamento.

Allora, a partire da questa Commissione, a partire dal tema della promozione della salute delle donne, noi siamo pronte a promuovere un grande obiettivo: la piena partecipazione delle donne ai luoghi decisionali della politica e delle istituzioni.

Lavoreremo con questo slancio per preparare la Conferenza nazionale, che sarà anche l'occasione per indirizzare finalmente una vera strategia di politiche.

La promozione della salute delle donne non come settoriale ambito, seppur rilevante, delle politiche sanitarie, ma come bussola per la coerenza di tutte le politiche, nei confronti dell'equità, dei diritti umani, dell'empowerment delle persone.

Il diritto alla salute delle donne – è questo il mio auspicio – deve rappresentare il “diritto forte”, costituzionalmente esigibile, capace di riconoscere e promuovere tutti gli altri diritti, civili, economici, sociali.

Ed è d'altra parte già così documentato da tutti gli studi internazionali, dalle Nazioni Unite fino alla Banca Mondiale: investire sulla salute delle donne offre ritorni più elevati sotto forma di sviluppo più rapido, efficienza elevata, maggior risparmio e riduzione della povertà. Attraverso i miglioramenti nella salute delle donne, i governi possono dare significativo impulso allo sviluppo economico e sociale.

Investire sulla salute delle donne, assumere la centralità del rapporto tra produzione e riproduzione sociale, comporta non solo riconoscere il ruolo delle donne nella costruzione dei rapporti sociali, umani, familiari, ma anche ripartire dalle donne per la promozione della giustizia, della democrazia, della pace.

Ma se da una parte tutto questo è vero, dall'altra dobbiamo essere assolutamente consapevoli che non tutto è scontato. Anzi. Si tratta di un vero cambiamento, che impone un riposizionamento dell'approccio politico e anche culturale.

Se il Piano Intersettoriale sulla salute delle donne dovrà tradurre in azioni e programmi le evidenze dell'approccio di genere alla salute (che considera appunto tra i determinanti

economico-sociali della salute anche la dimensione di genere), dobbiamo sapere che la piena partecipazione delle donne ai luoghi decisionali della politica e delle istituzioni.

Ci aspetta un grande lavoro allora, di conoscenza, di approfondimento, di ricerca e quindi di proposta. Un faticoso impegno certo, ma anche appassionante, che produrrà – ne sono certa – proprio nell'anno europeo per le pari opportunità, un contributo importante nella lotta contro le discriminazioni e le disuguaglianze tra uomini e donne.

La Commissione non parte da zero: il percorso dei nostri lavori è già tracciato ed è quello raccomandato da tutte le Conferenze internazionali- a partire da quella di Pechino dell'ormai lontano 1995 – dalle risoluzioni dell'Unione Europea, dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Ma questo percorso è stato interrotto, abbandonato. Per questo occorre investire con coraggio su quello che è il vero segnale di innovazione: l'approccio di genere alla salute, le sue evidenze, le sue necessarie coerenze.

La dimensione di genere infatti non è ancora pienamente utilizzata come strumento sistematico per programmare le azioni e gli interventi di promozione della salute e ancora persistono stereotipi, veri pregiudizi di genere, nella ricerca biomedica, nella medicina, dallo studio dell'eziologia ai fattori di rischio e protettivi per la salute, dai sintomi alla diagnosi, dalle misure di riabilitazione e dei trattamenti alla valutazione dei risultati.

Rilevante è ancora la sottovalutazione dei bisogni di salute delle donne all'interno di una ricerca medica che è centrata sull'uomo e sulla sua realtà biologica e sociale; rilevante è ancora il pregiudizio scientifico che considera i processi morbosi delle donne con una prevalente derivazione biologistica-ormonale e quelli degli uomini con una prevalente derivazione socio-ambientale e lavorativa.

Ma il sesso e il genere non sono la stessa cosa. Il genere è una costruzione sociale, che va ben oltre le differenze biologiche e fisiologiche che definiscono uomini e donne.

Il genere è un fattore determinante essenziale per la salute: lo stato di salute, il benessere e la sua percezione, la promozione della salute, l'insorgenza delle malattie e il loro decorso, gli approcci terapeutici e la loro efficacia sono diversi tra le donne e gli uomini.

Riconoscere le differenze non solo biologiche ma anche relative alla dimensione sociale e culturale del genere è essenziale per delineare programmi ed azioni, per organizzare l'offerta dei servizi, per indirizzare la ricerca, per analizzare i dati statistici.

La dimensione di genere inoltre - come sottolinea l'OMS - è ineludibile per un efficace contrasto delle disuguaglianze.

Infatti le disuguaglianze nella salute sono legate all'appartenenza a classi sociali svantaggiate, alla povertà, all'età, ma da tutti questi punti di vista le donne sono le più sfavorite.

Studiare e capire le differenze di genere quindi è elemento essenziale per il raggiungimento delle finalità stesse del nostro sistema sanitario, per garantire che vengano identificati gli indicatori di equità di genere, fino ad oggi non riconosciuti o sottostimati.

Questi indicatori devono essere utilizzati nei programmi e nelle politiche, nella raccolta dei dati epidemiologici, demografici e statistici e nella valutazione dei risultati.

La dimensione di genere nella salute è una necessità metodologica, analitica, ma è anche strumento di governo e di governance del sistema: su questo dobbiamo innovare, per il miglioramento del nostro sistema sanitario, per la sua qualità, per la sua equità.

Il lavoro della Commissione deve allora ripartire da qui.

La promozione della salute delle donne per essere tale necessita innanzitutto dei dati sulla prevalenza di malattie e disturbi nei due generi, ma anche dei dati sulle condizioni di lavoro e di vita, sui ruoli sociali e familiari, sulla natura e sulla qualità delle relazioni, sui vissuti delle donne.

Dovremo ripartire da alcune significative evidenze:

- *Le donne, sebbene vivano più a lungo degli uomini, hanno l'onere di un maggior numero di anni di vita in cattiva salute. Talune malattie hanno un'incidenza e una prevalenza più elevate tra le donne, altre non colpiscono le donne e gli uomini nello stesso modo, altre ancora colpiscono esclusivamente le donne.*
- *Secondo i dati dell'Indagine Istat presentata il 2 marzo scorso, l'8,3% delle donne italiane denuncia un cattivo stato di salute contro il 5,3% degli uomini. Le malattie per le quali le donne presentano una maggiore prevalenza rispetto agli uomini sono le allergie (+8%), il diabete (+9%), la cataratta (+80%), l'ipertensione arteriosa (+30%), alcune malattie cardiache (+50%), tiroide (+500%), artrosi e artrite (+49%), osteoporosi (+736%), calcolosi (+31%), cefalea ed emicrania (+123%), depressione e ansietà (+138%), Alzheimer (+100%). Cresce tra le ragazze, di più che per i ragazzi, il consumo di alcool e la diffusione del fumo per le donne, a differenza degli uomini, aumenta con il livello di istruzione e con l'età. Sale la quota delle donne sottopeso, più degli uomini e l'attività sportiva e fisica viene meno praticata dalle donne rispetto agli uomini. La disabilità è più diffusa tra le donne (6,1% contro 3,3% degli uomini). Anche se le donne si sentono peggio, sono in ogni caso più attente alla loro salute, si sottopongono con più frequenza a controlli di prevenzione rispetto agli uomini.*
- *Secondo le statistiche internazionali, la malattia cardiovascolare è il killer numero uno per la donna e supera di gran lunga tutte le cause di morte. Sebbene sia la prima causa di morte per le donne di 44-59 anni, è sempre stata invece considerata una malattia maschile. Esiste ancora un pregiudizio di genere che riguarda l'approccio ai problemi cardiovascolari delle donne. La conseguenza è che l'intervento preventivo, a differenza degli uomini, non si rivolge verso gli stili di vita delle donne, ma fondamentalmente al controllo di quello che è considerato il responsabile fattore di rischio e cioè la menopausa, con la somministrazione di ormoni che espongono le donne ad altri fattori di rischio. Anche la diagnosi è sottostimata, la diagnosi avviene in uno stadio più avanzato rispetto agli uomini, la prognosi è più severa per pari età, ed è maggiore il tasso di esiti fatali alla prima manifestazione di malattia. Occorre produrre raccomandazioni, linee guida, l'aggiornamento degli operatori, promuovere campagne di informazione e di prevenzione adeguate, indirizzare la ricerca farmacologica di genere.*
- *Le patologie psichiche sono prevalenti ed in crescita tra le donne; la depressione è la principale causa di disabilità delle donne di 15-44 anni; la schizofrenia è sottostimata; le donne sono al primo posto nel consumo di farmaci, ma sono poco rappresentate nei trials clinici o farmacologici. L'efficacia delle statine per esempio non è stata accertata nelle donne; la digossina – che riduce i ricoveri ospedalieri se somministrata a pazienti maschi con insufficienza cardiaca- sembra persino aumentare la mortalità tra le donne. Anche qui pregiudizi di genere, che considerano l'eziologia basata quasi esclusivamente sulla variabilità ormonale, ritardano la strada della ricerca farmacologica e della ricerca dei fattori di rischio socio-ambientali e della prevenzione primaria.*
- *L'endometriosi ha una prevalenza nella popolazione femminile di circa il 10% e interessa circa il 30% delle donne infertili. E' spesso sottovalutata (si stima che per arrivare alla diagnosi occorranno almeno 9 anni) e invalidante, provoca un grave stato di sofferenza*

psico-fisica nella donna. Il suo costo sociale, per le sole giornate lavorative non effettuate, è stimato attorno ai 4 miliardi di euro. Come Ministero della Salute abbiamo già previsto, nel Piano d'azioni presentato a Napoli l'8 marzo scorso, un impegno specifico, per identificare percorsi di diagnosi e cura più idonei, per l'attivazione di un Registro nazionale dedicato, per la revisione dei DRG e anche per istituire una Giornata Nazionale dell'endometriosi, in linea con le raccomandazioni dell'Unione europea.

- *Rispetto alle condizioni di lavoro, sebbene la medicina del lavoro abbia conseguito risultati importanti per la tutela della salute sui luoghi di lavoro, sono state considerate esclusivamente le caratteristiche bio-psichiche e socio-economiche del lavoratore maschio. Delle donne si parla soltanto nel periodo della gravidanza, in rapporto esclusivamente ai rischi del nascituro. Anche la tutela della fertilità di coppia rispetto ai possibili rischi occupazionali, sia delle donne che degli uomini, ha avuto scarsa attenzione. Anche laddove è prevalente la presenza delle donne in settori specifici, gli infortuni (che manifestano un trend in aumento) e le malattie professionali che riguardano le donne ed il loro tipo di impiego (per esempio le dermatosi, i disturbi muscoloscheletrici) non sono sufficientemente prese in considerazione dalla medicina e dall'organizzazione sanitaria. Ancora minore è l'attenzione data agli eventi patologici connessi con il lavoro domestico, in particolare gli infortuni. Scarsa è ancora l'attenzione alla diversa riposta biologica ai comuni rischi lavorativi come il lavoro pesante, il lavoro a turno, la tossicocinetica. Lo stress patologico è associato esclusivamente al lavoro produttivo, senza considerare il maggior rischio psico-sociale che colpisce le donne e che è dato dal doppio carico di lavoro. Si impone la revisione allora e l'ampliamento delle prospettive di ricerca sui fattori eziologici e di rischio di molte patologie che interessano le donne, prime fra tutte le patologie cardiovascolari e psichiche.*
- *La violenza sessuale, fisica, psicologica, economica contro le donne rappresenta ormai una grande emergenza e una grande questione di civiltà per il nostro paese. I dati 2006 dell'Istat dimostrano che in Italia le donne tra 16 e 70 anni vittime di violenza nel corso della vita, sono stimate in quasi 7 milioni. Un milione ha subito stupri o tentati stupri; il 14,3% delle donne ha subito violenza da parte di un partner, ma solo il 7% lo denuncia. La rilevazione del fenomeno da parte dei servizi ospedalieri e territoriali è sottostimata. In quasi tutti gli ospedali manca la figura del mediatore culturale a fronte di un continuo aumento della popolazione straniera. Occorre promuovere azioni e programmi, una vera strategia di contrasto e di prevenzione, agendo in diretto collegamento con le scuole, per la promozione dell'educazione alla sessualità, alla relazionalità, alla responsabilità genitoriale; occorre predisporre raccomandazioni e linee guida, per la rilevazione dei dati e il monitoraggio adeguati del fenomeno, per la sua emersione e riconoscimento, per uniformare gli interventi su tutto il territorio nazionale, promuovendo le buone pratiche, l'aggiornamento degli operatori, sia ospedalieri che territoriali e dei consultori, in relazione anche alle indicazioni delle esperienze consolidate dei Centri antiviolenza; occorre promuovere la sperimentazione – come abbiamo già definito nel Piano d'azioni di Napoli - di sportelli dedicati nei Pronto soccorso, per garantire ascolto e accoglienza adeguati, per offrire risposte assistenziali di prima istanza che siano in grado di entrare in rete per sostenere le donne con la successiva presa in carico con tutti i servizi sanitari e sociali. La violenza contro le donne ha una forte rilevanza sanitaria, per le conseguenze immediate delle lesioni fisiche e per gli effetti secondari: depressione, ansia e attacchi di panico, disturbi dell'alimentazione, dipendenze, disturbi sessuali e ginecologici, malattie sessualmente trasmissibili, disturbi gastrointestinali e cardiovascolari. Occorre sviluppare interventi orientati sull'analisi della violenza come fattore di rischio in molte patologie che si evidenziano nelle donne.*

- *La salute sessuale e riproduttiva comprende nella definizione dell'OMS lo stato di benessere fisico, mentale e sociale correlato al sistema riproduttivo e alle sue funzioni. Implica che le donne e gli uomini devono essere in grado di condurre una vita sessuale responsabile, soddisfacente e sicura; che devono avere la capacità di riprodursi e la libertà di decidere se, quando e quanto possono farlo. La sessualità e la riproduzione sono considerate entro la prospettiva dei diritti umani. L'OMS pone, tra gli obiettivi prioritari in Europa per il 2006 e 2007, la salute sessuale e riproduttiva delle/dei giovani. Il nostro sistema sanitario nazionale assume come priorità l'educazione dei giovani sui temi della sessualità e della riproduzione (ma anche della promozione di competenze di vita, attitudini positive e valori come il rispetto di sé e per gli altri, autostima, senso di responsabilità, attitudine positiva verso la propria vita sessuale e riproduttiva); la riduzione delle gravidanze nelle adolescenti; la contraccezione (che è una reale esigenza, visti i dati che evidenziano che il 20,5% delle ragazze minori di 15 anni ha già avuto rapporti sessuali, che nel 2004 le IVG per le ragazze minori di 20 anni è stato l'8,2% del totale delle IVG, che la maggioranza delle donne che richiedono la contraccezione di emergenza sono di età inferiore a 25 anni, nubili e nullipare); la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, in particolare dell'HIV (la cui incidenza sta aumentando); la prevenzione del carcinoma del collo dell'utero. Come Ministero ci già siamo impegnati, attraverso il Piano d'azioni di Napoli, sia per la promozione dello spazio giovani dei consultori, sia per programmi di vaccinazione pubblica verso la coorte di ragazze di 12-14 anni contro l'infezione di HPV. Occorre definire un vero programma nazionale sulla salute sessuale e riproduttiva, con obiettivi e indicatori, promuovendo le buone pratiche e le esperienze positive.*
- *Il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente e la causa di morte per tumore più importante per le donne. Il Piano Nazionale di Prevenzione, l'organizzazione dei programmi di screening hanno fatto raggiungere risultati rilevanti, ma persistono forti differenze territoriali e anche disuguaglianze sociali. Nel Mezzogiorno oltre il 60% delle donne nella popolazione obiettivo risulta ancora privo di offerta di mammografia all'interno di programmi organizzati. In questo senso l'impegno di questo Ministero è stato quello di investire risorse aggiuntive e risorse vincolate per il raggiungimento dell'uniformità territoriale. Occorre attivare un rigoroso monitoraggio delle realtà regionali, evidenziando le criticità e le soluzioni.*
- *La prevenzione del tumore al polmone, che è in aumento tra le donne, determinato dalle trasformazioni rispetto agli stili di vita delle donne in relazione al fumo, sollecita campagne di informazione e un'azione di prevenzione primaria orientata al genere.*
- *La salute delle donne immigrate rappresenta una grande sfida per il sistema sanitario nazionale, rispetto all'organizzazione dei servizi, alle loro modalità operative, alle competenze professionali coinvolte. Già questo Ministero ha istituito la Commissione sulla salute della popolazione immigrata e quella sulle Mutilazioni genitali femminili. Occorre un focus specifico sulla salute della popolazione femminile immigrata, che, all'inizio del 2005, è stimata essere un milione e trecentomila (il 70% ha un'età tra 15-44 anni; la maggioranza è in età produttiva e riproduttiva). Le evidenze dimostrano che ancora persiste una grave carenza di informazione e conoscenze in merito alla salute sessuale e riproduttiva; una difficoltà di accesso ai servizi, alla cultura della prevenzione; un maggior rischio del disagio psico-sociale, che si traducono in una maggiore incidenza di esiti neonatali sfavorevoli al parto, alto tasso di ricorso all'IVG, scarsa partecipazione ai programmi di screening, manifestarsi dell'effetto migrante esausto. E' necessario che questo focus attraversi tutti gli ambiti della salute e dell'assistenza sanitaria, anche come misura della reale capacità del sistema di garantire*

efficacia, appropriatezza, equità. Prioritario è l'obiettivo della rilevazione dei bisogni di salute delle donne immigrate a partire dai diversi loro vissuti, età, realtà di origine, ceti sociali di appartenenza, contesti geoculturali e religiosi e anche relazioni familiari e di coppia. Particolare attenzione deve essere posta all'obiettivo di salute dell'esercizio dei diritti sessuali e riproduttivi delle donne immigrate, con la consapevolezza che il multiculturalismo, che così spesso è assunto nelle prevalenti politiche di integrazione, non deve significare accettazione dei ruoli gerarchici e di potere tra uomini e donne. Specifica attenzione sanitaria deve essere offerta alle donne immigrate badanti e alle donne immigrate prostitute.

Da queste evidenze discendono come necessari alcuni impegni, che ritengo possano anche già rappresentare alcuni significativi obiettivi della nostra Commissione.

Sono:

- *definire procedure per l'inclusione degli aspetti di genere nella raccolta e nella elaborazione dei flussi informativi centralizzati e periferici;*
- *elaborare Raccomandazioni o Linee Guida su prevenzione, osservazione diagnostica, trattamento e riabilitazione in un'ottica di genere. Sviluppare indagini e rilevazioni finalizzate ad evidenziare le differenze di genere nella salute, con particolare riferimento ai fattori di rischio, prevenzione, cronicità, disabilità, salute riproduttiva (a partire dai fattori di rischio legati alle condizioni e alle modalità di lavoro delle donne);*
- *individuare settori della ricerca da investire sulle tematiche della prevenzione e dei fattori di rischio collegati ad alcune patologie emergenti tra la popolazione femminile (patologie cardiovascolari, patologie psichiche ecc.);*
- *promozione di una Banca dati per raccogliere le ricerche e le esperienze dei servizi sanitari con un'ottica di genere;*
- *definire Raccomandazioni sulle procedure di selezione dei campioni nelle sperimentazioni dei farmaci (inclusione delle donne nei trials clinici, differenziazione dei risultati per sesso, indicazione di genere sugli effetti correlati ai prodotti farmaceutici);*
- *definire Raccomandazioni alle Regioni per lo sviluppo di criteri rivolti alla promozione dei servizi sanitari o di attività sanitarie "sensibili al genere";*
- *definire Raccomandazioni per le istituzioni formative (Università, Istituti di ricerca ecc.) perché sviluppino studi di medicina di genere;*
- *promuovere l'empowerment delle donne;*
- *promuovere azioni per il miglioramento delle condizioni delle donne che operano nel sistema sanitario;*
- *monitorare la qualità e la valutazione del Percorso nascita del Progetto Obiettivo Materno Infantile, ai fini del miglioramento della salute materno-infantile;*
- *valorizzare nel Piano sanitario nazionale le azioni dirette alla tutela della salute delle donne in tutte le fasi della vita. Sostenere le strategie efficaci per ridurre le disparità in materia di salute aventi una dimensione di genere;*
- *promuovere un Piano nazionale socio-sanitario, realizzando preventivamente una valutazione di impatto equitativo secondo il genere;*
- *predisporre un Piano per la salute sessuale e riproduttiva, in particolare per le/gli adolescenti;*
- *predisporre un Testo unico sulla maternità, per armonizzare le normative di settore e accrescere i livelli di tutela delle categorie meno protette;*
- *promuovere Raccomandazioni che affrontino in modo uniforme e unitario gli aspetti della violenza contro le donne, a partire dal contrasto e dalla prevenzione, dalla qualità e dai modelli operativi dei servizi, dall'aggiornamento degli operatori (anche sperimentando*

esperienze innovative come gli Sportelli dedicati nei Pronto Soccorso), dall'approfondimento relativo alle normative più efficaci per l'efficace assistenza alle donne;

- *sviluppare iniziative volte al riconoscimento e all'effettivo rispetto dei diritti umani delle donne e delle bambine;*
- *sviluppare forme di cooperazione volte alla piena valorizzazione dell'autonomia delle donne in tutte le sfere della società e dell'economia, con particolare riguardo al ruolo che le donne possono assumere nella lotta alla povertà;*
- *promuovere azioni per il miglioramento degli aspetti dell'igiene ambientale e industriale che incidono in particolare sulla salute sessuale e riproduttiva delle donne;*
- *promozione di programmi che orientino a stili di vita sani, correlati al genere (in particolare dedicate alle donne anziane);*
- *predisporre un Rapporto sulla situazione dello stato di salute delle donne (con un focus sulla salute delle donne immigrate), da presentare al pubblico e al Parlamento.*

Come vedete, ancora non abbiamo iniziato, ma già le idee non mancano!

Ci aspetta un grande lavoro, che faremo insieme e anche divisi per gruppi di lavoro, per riuscire a valorizzare a pieno le vostre specifiche competenze, le vostre esperienze, sensibilità, attitudini e per ottimizzare il tempo che abbiamo a disposizione.

L'appuntamento prioritario per tutte/tutti è la Conferenza nazionale e il Piano Intersettoriale sulla salute delle donne. Tutto il nostro lavoro, le informazioni, la rilevazione dei fenomeni e la documentazione, anche in rapporto con gli Istituti europei degli Studi di genere, sono proiettati a costruire questo grande evento, a riempirlo di contenuti, proposte, azioni.

Sono molto soddisfatta e anche molto fiduciosa: sento che siamo protagoniste/protagonisti di un passaggio importante, che può davvero rappresentare quel segnale di cambiamento così necessario per la promozione della qualità e dell'equità del nostro sistema sanitario, ma soprattutto così atteso dalla coscienza civile e democratica del nostro paese.

La tutela e la promozione della salute delle donne nel XXI secolo è un obiettivo moderno, attualissimo, che rimette finalmente al centro della vita pubblica i corpi e le menti femminili, le loro vite, i loro desideri, le loro libertà. Soprattutto le loro parola.

Buon lavoro a tutte/tutti!

Livia Turco

8 giugno 2007

La salute delle donne in Italia nel contesto demografico e sociale

A cura di

Rosaria Boldrini, Alessandra Burgio, Carla Ceccolini, Susanna Conti, Roberta Crialesi, Miriam Di Cesare, Lucia Lispi, Marzia Loghi, Raffaella Michieli, Lorenza Pastore, Alessandra Pera, Anna Prete, Sara Terenzi,
con la collaborazione di **Giada Minnelli.**

Gruppo di lavoro

“La salute delle donne durante tutto l’arco della vita”

Coordinatori: Giovan Battista Ascone, Concetta Mirisola

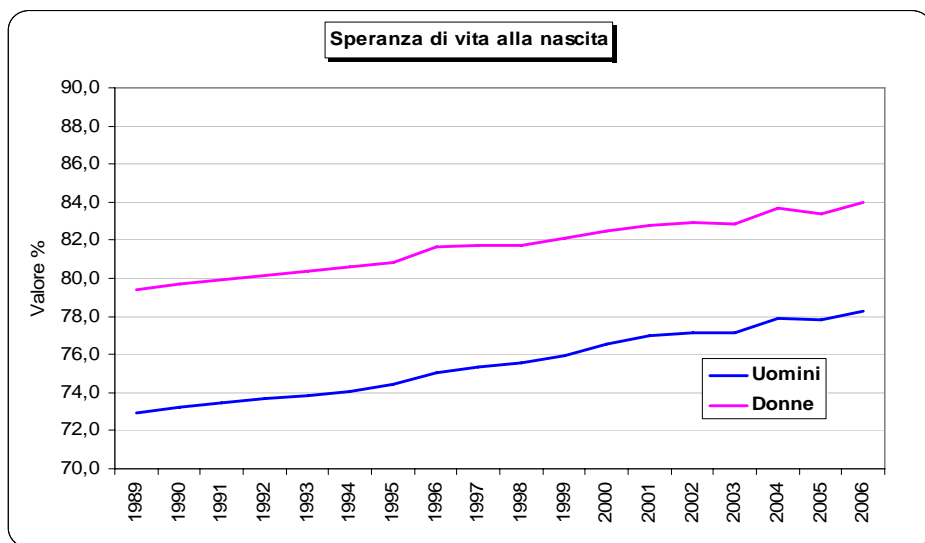
Fonti: i dati presenti in questo capitolo sono tratti dalle fonti citate nel capitolo 11 di questo Rapporto

1. Introduzione

Questo capitolo fornisce una sintetica panoramica dello stato di salute delle donne che vivono nel nostro Paese, contestualizzato con gli aspetti demografici e sociali più salienti. Esso traccia inizialmente un sintetico quadro demografico e sociale al femminile, comprendendo anche alcuni cenni all'inserimento nel lavoro delle donne. Vengono poi riportati e commentati i principali dati disponibili sugli indicatori di salute, la morbilità e la mortalità. Si danno cenni sugli stili di vita e sui principali fattori di rischio per la salute. Si riportano anche i dati relativi alle gravidanze e ai parti, sulla salute sessuale e riproduttiva. Il report termina con alcune considerazioni rispetto alle politiche di prevenzione.

2. Trend sociali e demografici

- Le donne – complessivamente pari a 30 milioni, con riferimento al 1 gennaio 2007 – costituiscono il 51,4% della popolazione italiana. Questa percentuale è piuttosto stabile in tutte le regioni, variando dal 50,8% in Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige al 52,5% in Liguria. Tale percentuale varia all'interno delle classi di età: a meno di 20 anni di età ci sono 94 donne per 100 uomini, mentre tra le persone oltre gli 80 anni di età ci sono ben 199 donne per 100 uomini. La quota di donne aumenta all'aumentare dell'età, in quanto in Italia esse vivono mediamente quasi 6 anni in più rispetto agli uomini. Le donne straniere costituiscono (dati al 2006) il 4,4% della popolazione femminile presente sul territorio.
- Negli ultimi dieci anni il tasso di nuzialità è diminuito dal 4,8 al 4,2 per mille.
- Nello stesso periodo il numero medio di figli per donna è rimasto sostanzialmente stabile (pari a 1,2-1,3) così come l'età media al parto (30-31 anni).
- La scolarizzazione tra le donne è elevata: in Italia la percentuale di donne laureate nel 2006 è sostanzialmente uguale a quella degli uomini (9,6 contro 9,8) tuttavia le donne negli ultimi 10 anni hanno recuperato una situazione che le vedeva in forte svantaggio (nel 1997 la percentuale era uguale a 6,3 per gli uomini e 4,9 per le donne).



3. Le donne nel mondo del lavoro

- In Italia l'occupazione femminile ha subito un sensibile aumento negli ultimi anni, anche se il tasso di disoccupazione delle donne italiane (pari a 10,1% nel 2005) è maggiore rispetto alla media

dell'Unione Europea (circa 9% nel 2005). Dal 1993 ad oggi troviamo circa un milione di occupate adulte in più. Il tasso di occupazione femminile (donne occupate della classe d'età 15-64 aa), nel 2005, è pari al 45,3% contro il tasso di occupazione maschile pari al 69,7%; esiste, peraltro, una forte differenziazione tra le aree geografiche del Paese, con un range che va dal 60% dell'Emilia Romagna (che ha, quindi, raggiunto il tasso obiettivo posto dalla strategia di Lisbona) al 25% della Puglia.

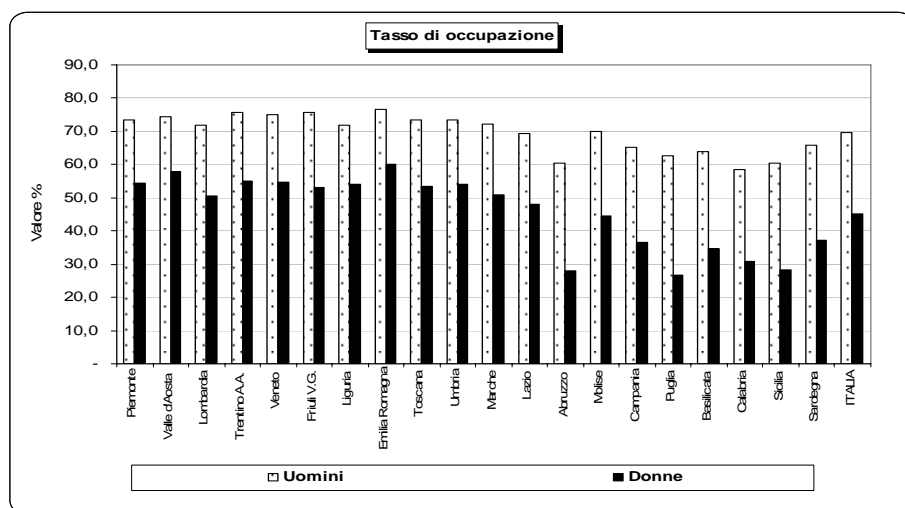
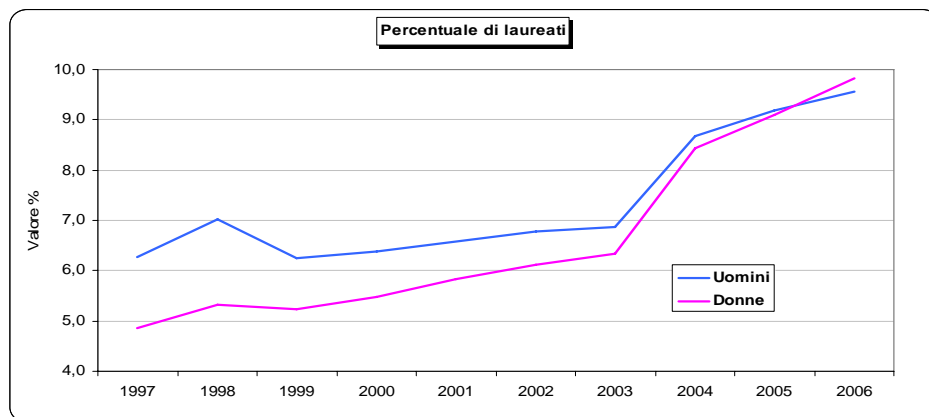
- Cresce nelle donne il lavoro *part-time* insieme alle altre modalità di lavoro flessibile. La percentuale di donne con lavoro flessibile rispetto al totale delle occupate è passata dal 14,3% del 1993 al 25,6 % del 2006, anno in cui la percentuale di uomini con lavoro flessibile è pari al 4,6%.
- Anche se, come già detto, il livello di scolarizzazione delle donne è elevato, esse vanno incontro ad un destino occupazionale che le vede soprattutto impiegate nel lavoro dipendente, in ruoli subordinati. Nella distribuzione dei ruoli apicali le donne, infatti, sono ancora poco rappresentate, pur svolgendo spesso compiti funzioni importanti nelle organizzazioni ma formalmente poco riconosciuti e non dotati di adeguati strumenti.
- Nel Servizio Sanitario Nazionale la presenza femminile è alta (60,9% del totale); tuttavia, nella distribuzione dei ruoli le donne costituiscono il 32,2% dei medici mentre sono il 75,5% del personale infermieristico. I dati del Conto Annuale 2005 della Ragioneria Generale dello Stato indicano nella dirigenza medica del Ssn la presenza del 32% di donne, 33.716 su 104.720, con solo 916 donne medico in part time. La presenza delle donne medico diminuisce in modo considerevole per gli incarichi di struttura complessa (ex primari), appena l'11%, 1.123 su 10.094, mentre per le strutture semplici la percentuale risale al 25%, 4.358 su 17.150.
- Per quanto riguarda la Pubblica Amministrazione, come rilevato dalla Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per i Diritti e le Pari Opportunità, del 23 maggio 2007 (“Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche”), pur in presenza di un quadro normativo articolato permangono molti ostacoli al raggiungimento delle pari opportunità tra uomini e donne. Gli strumenti previsti dal legislatore non hanno ancora prodotto i dovuti risultati, come si evince da quanto segue. Nonostante la componente femminile del lavoro pubblico sfiori il 54% del totale (con punte del 76% nel comparto scuola), le dirigenti di seconda fascia sono il 25% e le dirigenti di prima fascia circa il 15%. A livello di amministrazione centrale (Ministeri ed Enti pubblici non economici), gli ultimi dati mostrano una presenza delle donne nelle fasce dirigenziali appena un pò più alta: le dirigenti di seconda fascia sono il 35% e le dirigenti generali di prima fascia sono il 20%.

Un divario significativo si rileva anche rispetto agli incarichi aggiuntivi: agli uomini è attribuito il 56% del totale degli incarichi e alle donne il 44%; ma la differenza, a favore degli uomini, aumenta considerando i compensi: le donne, infatti, percepiscono solo il 29% dei compensi accessori e gli uomini il 71% del totale.

- Per quanto riguarda l'andamento del fenomeno infortunistico, nel 2006 si è avuta una flessione delle denunce di 1,3 punti percentuali rispetto all'anno precedente contro una flessione del 2,8% che si era registrato nel 2005. Il calo infortunistico è stato più consistente in agricoltura (-5,2%), seguito dall'Industria; mentre per i lavoratori statali si registra un leggero aumento (+0,2%). La percentuale di donne che subiscono infortuni sul lavoro si mantiene stabile su valori del 27%, influenzando in maniera nulla sul calo dell'1,3% dal 2005 al 2006. Per entrambi i generi l'80% degli infortuni si concentra nelle fasce d'età centrali (18-34 e 35-49 anni) con una decisa prevalenza femminile nella fascia 35-49 anni, a differenza dei casi mortali dove le donne rappresentano solo l'8% dei casi nel 2006.
- Ogni anno vengono denunciati all'INAIL circa ventiseimila casi di malattie professionali: le donne, con quasi seimila denunce annuali, corrispondono al 21,8 per cento del totale. In agricoltura si registra la più alta presenza di donne colpite da malattie professionali; nei servizi la percentuale diminuisce per arrivare alla metà nel settore industriale. Il tasso d'incidenza femminile è meno della metà di quello maschile, tuttavia, in agricoltura è superiore a quello degli uomini, mentre scende nell'industria e nei servizi. Recenti ricerche condotte a livello europeo mostrano come la maggior parte delle lavoratrici lamenti lo stress come il primo problema lavorativo e, pertanto, i livelli di malattie correlate allo stress sono circa il doppio per le donne rispetto agli uomini: si tratta, peraltro, di diversi tipi di stressors da fronteggiare rispetto agli uomini, non ultimo le molestie sessuali e le discriminazioni legate al genere nonché la difficoltà ad equilibrare lavoro e famiglia. Le malattie più frequenti tra le donne sono le

tendiniti e la sindrome del tunnel carpale (negli uomini ipoacusia-sordità e malattie dell'apparato respiratorio). La differenza del tipo di malattia rispecchia i differenti ruoli nel mondo del lavoro: le donne sono più presenti nei servizi, nel commercio e nell'industria (in particolare nel settore tessile), mentre nell'industria manifatturiera, nei trasporti e nelle costruzioni la loro presenza è minima.

- Secondo dati ISPESL (Osservatorio Epidemiologico Nazionale sulle condizioni di salute e sicurezza negli ambienti di vita) si rilevano ogni anno circa 4.500.000 casi di infortuni domestici di cui 8000 mortali, con ripartizione donna/uomo rispettivamente del 65% e 35%.



4. Indicatori sanitari selezionati

- Nelle ultime decadi l'aspettativa di vita delle donne in Italia è continuamente cresciuta ed ha raggiunto 84 anni, ben 6 anni in più rispetto agli uomini. Questo valore, comunque, nasconde delle differenze fra le diverse regioni, variando dagli 85 anni delle Marche agli 82,6 anni della Campania.
- La mortalità infantile negli ultimi 15 anni è diminuita del 52% passando da 7,2 a 3,4 bambine decedute nel primo anno di vita su 1000 nate vive (nei maschi il valore attuale è pari a 3,9).
- In Italia il 53% delle donne dichiara di sentirsi "bene" o "molto bene". Questa percentuale varia nelle regioni: dal 63% del Friuli Venezia Giulia al 51% dell'Umbria (escludendo il dato particolare della PA di Bolzano, 75%). Tra le ultra65enni la percentuale scende al 20%; gli uomini dichiarano più frequentemente di sentirsi "bene" o "molto bene". (67%).

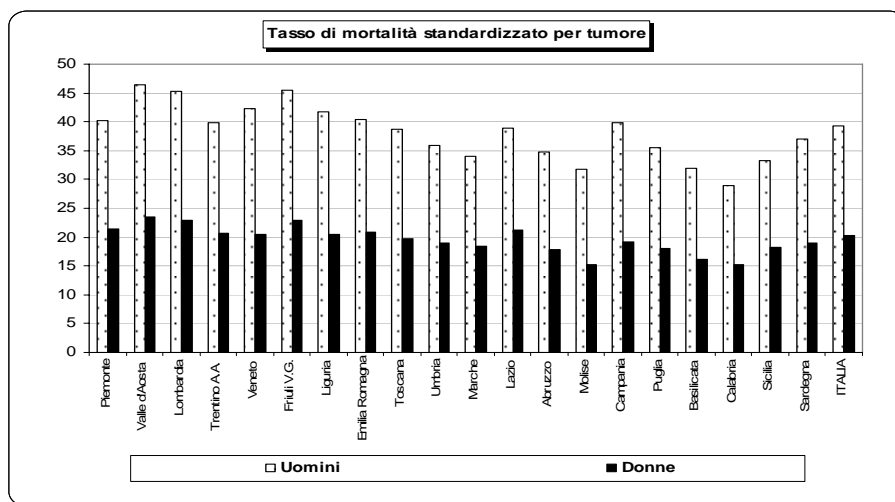
5. Morbilità

- Nel 2000 il tasso standardizzato delle donne affette da almeno una malattia cronica grave era del 12,1 ogni 100. Per malattia cronica grave si intende un gruppo di patologie, la cui presenza implica cattive condizioni di salute ed elevato livello di limitazioni, quali diabete, infarto del miocardio, angina pectoris, altre malattie del cuore, trombosi, embolia, emorragia cerebrale, bronchite, enfisema, insufficienza respiratoria, cirrosi epatica, tumori maligni, parkinsonismo, morbo di Alzheimer, epilessia.
- Per quanto riguarda le malattie tumorali esclusivamente femminili, l'incidenza del tumore maligno della mammella è stata di 37.302 casi nel 2005 mentre la prevalenza è stata di 415.910 casi.
- Il tasso di disabilità femminile è circa il doppio di quello maschile (6,12% contro 3,32% maschile). È definita disabile la persona che, escludendo le condizioni riferite a limitazioni temporanee, dichiara il massimo grado di difficoltà in almeno una delle funzioni rilevate con ciascuna domanda, pur tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi sanitari (protesi, bastoni, occhiali, ecc.) (ISTAT). I tipi di disabilità così rilevati possono essere schematizzati in quattro gruppi: disabilità per confinamento individuale, nelle funzioni quotidiane, nel movimento e nella vista, udito e parola.
- Per quanto riguarda il ricorso ai servizi sanitari, il tasso di dimissione ospedaliera ordinaria per eventi acuti è di 1445,5 ogni 10.000 ed aumenta considerando le fasce più avanzate di età (2005 per 10.000 nella fascia 65-74 e 3027 nella fascia 75 anni ed oltre). Molto più contenuto risulta essere il tasso di dimissione ospedaliera da *day hospital* (688,25 su 10.000).
- Per quanto riguarda il ricorso al medico di medicina generale, si evidenzia, nel periodo 1996-2002 una leggera prevalenza del genere femminile (58% di accessi).
- Il tasso di ospedalizzazione delle donne straniere è di poco inferiore a quello delle italiane. Il 56,6% dei ricoveri delle donne straniere è avvenuto per la gravidanza e il parto, con un tasso del 52,3 per mille tra le donne immigrate contro il 32,7 tra le residenti. Escludendo questa tipologia di ricoveri, le cause più frequenti sono le malattie del sistema genito-urinario (16,8%), seguite da quelle dell'apparato digerente (14,4%) e dai tumori (10,5%).
- Nell'ultimo decennio è aumentata la percentuale di cittadini stranieri diagnosticati con AIDS per effetto della continua crescita del numero di immigrati. Ma i tassi d'incidenza hanno subito una diminuzione mediamente del 59% tra gli uomini e del 21% tra le donne.
- Il consumo di farmaci cresce al crescere dell'età: il tasso riferito a 100 donne di tutte le età è di 43,7 mentre passa a 75,0 nella fascia 65-74 anni e a 86,2 in quella di 75 ed oltre.
- La violenza ed i maltrattamenti assumono grande rilevanza: secondo una recente indagine ISTAT (2006) le donne italiane tra i 16 e i 70 anni vittime di violenza fisica o sessuale nel corso della vita sono stimate in 6.743.000 e, in particolare, circa un milione di donne ha subito stupri o tentati stupri. Il 14,3% delle donne, che abbiano o abbiano avuto un rapporto di coppia, ha subito almeno una violenza fisica o sessuale dal partner. Solo il 7% delle donne che ha subito violenza da parte di un partner, lo denuncia.

6. Cause di Mortalità tra le Donne

- Prendendo in considerazione tutte le fasce d'età, le cause di morte più frequenti fra le donne sono le malattie dell'apparato circolatorio (46,8%) ed il cancro (23,8%). Le malattie dell'apparato respiratorio sono responsabili del 5,5% dei decessi e le cause violente del 3,7%. Il restante 20% circa è dovuto ad altre cause.
- Il cancro alla mammella causa il 17,1% della mortalità per tutti i tumori, con un tasso standardizzato di mortalità di circa 38 su 100.000, mentre il cancro alla cervice è responsabile dell'1,6% di tutti i tumori femminili e rappresenta lo 0,6% dei decessi per neoplasia.

- Il tasso di mortalità standardizzato per tutti i tumori è di 223 decessi su 100.000, mentre la mortalità per malattie del cuore e ictus è di 120 morti su 100.000
- La mortalità per cancro al polmone è in continuo aumento dal 1970; attualmente conta circa il 9,8% di tutti i tumori nelle donne, con un tasso standardizzato di mortalità di 22 su 100.000.
- La mortalità per infarto miocardico acuto è espressa da un tasso standardizzato di 52 per 100.000.
- I tassi standardizzati di mortalità per suicidio ed incidenti stradali sono, rispettivamente pari a 3,0 e 4,9 per 100.000.
- Come è noto, le cause di morte variano con l'età. I tumori specificamente femminili (mammella e cervice) rappresentano il 15,7% delle cause di morte per le donne di età compresa fra i 35 e i 64 anni. Fra le donne più anziane (oltre 65 anni) circa il 50% muore a causa di problemi legati all'apparato circolatorio.



7. Stili di vita e fattori di rischio per la salute

- In larga misura le due maggiori cause di morte (malattie cardiache e tumori) sono prevenibili attraverso la prevenzione primaria (stili di vita più salutari) o secondaria (diagnosi precoce, ad esempio attraverso gli screening). I maggiori fattori di rischio, associati alla mortalità prematura (morte prima dei 65 anni) sono il fumo, l'eccessivo consumo di alcool, una dieta non salutare e l'assenza di attività fisica.
- Il 17% delle donne Italiane è abituale fumatrice, ed il 3,4% è definibile forte fumatrice, a fronte rispettivamente del 29,2% e 10,1 per gli uomini.
- Mentre i dati sulle diete sono scarsi, quelle sulle conseguenze dei modelli alimentari (peso) sono disponibili. Nello specifico, considerando l'indice di massa corporea (BMI) il 26,8% delle donne italiane risulta essere sovrappeso, con un 10% di obese. L'essere sovrappeso è un significativo fattore di rischio per numerose malattie, in particolare malattie cardiache e diabete.
- Per quanto riguarda un altro importante fattore di rischio, l'inattività fisica, ben il 47% delle donne non pratica alcuna forma di attività fisica e solo il 16% dichiara di fare sport con continuità.
- Il ricorso agli screening tumorali è molto frequente nelle donne italiane. Il tasso di ricorso alla mammografia in assenza di sintomi o disturbi è 56,3 su 100 donne di età superiore ai 40 anni.
- Il tasso di esecuzione di un *Pap-test* negli ultimi anni è in modesto aumento; secondo i dati ISTAT (Indagine Multiscopo) la percentuale di donne, di età 25-64 anni, che riferisce di aver fatto almeno un *Pap-test* nella vita passa, infatti dal 68,7% del 1999-2000 al 70,9% del 2004-2005 (+2,2%), sempre con una forte differenziazione fra Nord- Centro e Sud (più dell'80% della popolazione femminile al Nord e il 50% nelle Regioni meridionali).

8. La Salute riproduttiva

- Nel 2005, il 13,8% dei parti è relativo a madri di cittadinanza non italiana (al Centro- nord quasi il 20%).
- L'età media della madre al parto è 31,9 anni per le italiane; 28,6 anni per le cittadine straniere.
- Il 40,9% delle madri ha una scolarità medio alta, il 41,5% medio bassa ed il 17,6% ha conseguito la laurea. Fra le straniere prevale una scolarità medio bassa (53%). Oltre l'82% delle donne con meno di 20 anni ha, al massimo, conseguito un diploma di licenza media inferiore.
- Il 50,4% delle madri ha un'occupazione lavorativa, il 39,1% sono casalinghe e il 10,5% sono disoccupate o in cerca di prima occupazione. Il 58,7% delle donne straniere è casalinga a fronte del 61,8% delle donne italiane che hanno invece un'occupazione lavorativa.
- In gravidanza, nell'83% dei casi si effettuano più di 4 visite, con una percentuale maggiore di controlli nelle gravidanze fisiologiche rispetto alle patologiche (83,4% contro 77,5%); la prima visita oltre la 12 settimana di gestazione è effettuata dal 4,6% delle donne italiane e dal 18,6% delle donne straniere; il numero delle ecografie è in media 4,3 (nel 73,6% delle gravidanze è superiore a 3); in media ogni 100 parti si effettuano 16 amniocentesi.
- Oltre l'88% dei parti avviene negli Istituti di cura pubblici, l'11,6% nelle case di cura e lo 0,18% a domicilio.
- L'incidenza dei tagli cesarei è 38,2% del 2005 (l'Italia è ai primi posti in Europa e nel mondo).
- Per quanto riguarda i metodi contraccettivi, un rapporto del CENSIS (2000) indica che, nelle coppie italiane i metodi contraccettivi maggiormente impiegati sono il coito interrotto (31,6%), il condom (28,4%), seguiti dalla "pillola" (20,9%) dai metodi naturali (4,2%), dai dispositivi intrauterini (3,2%), dal diaframma (1,3%) mentre "nessun metodo" risultava adottato nel 10,4% delle coppie.
- Nel corso degli anni in Italia è notevolmente diminuito il ricorso all'IVG. I casi che si registravano all'inizio degli anni 80 (quindi a ridosso della promulgazione della Legge 194) erano oltre 200.000, mentre negli anni più recenti (2005-2006) si sono avuti circa 130.000 casi. Il tasso di abortività (numero di IVG su 1000 donne in età 15-49 anni), principale indicatore del fenomeno, è diminuito da 17 donne su mille nel 1982 a 9,4 su mille nel 2006. Nel corso degli ultimi anni, l'aumento della presenza straniera in Italia ha influenzato l'andamento dell'IVG; se nel 1995 solo il 7% delle IVG risultava essere effettuata da cittadine straniere, nel 2005 questo valore è salito al 30%; il tasso di abortività delle donne straniere (soprattutto molto giovani e nubili) risulta quattro volte superiore a quello delle donne italiane.

9. Conclusioni

- Questo report ha cercato di fornire, attraverso l'analisi dei dati disponibili, una visione d'insieme sullo stato di salute delle donne che vivono nel nostro Paese.
- E' emerso che nonostante le donne vivano più degli uomini e in un discreto stato di salute, esse soffrono comunque di più di disabilità legate a malattie croniche e continuano a tributare un grande numero di vite ai cosiddetti "big killer" (infarto, ictus, tumori alla mammella e polmone).
- L'analisi delle patologie e della mortalità, con la persistenza di un ruolo importante delle malattie del cuore e dell'ictus, nonché dei tumori - tra cui risulta in aumento quello del polmone - come pure il fatto che siano ancora diffusi stili di vita poco salutari (fumo, inadeguata alimentazione e sedentarietà) richiamano l'attenzione sulla necessità di programmare sempre di più politiche di prevenzione primaria e secondaria rivolte alle donne.
- L'analisi demografica e sociale suggerisce la necessità dell'integrazione di politiche sanitarie e non sanitarie, con azioni intersettoriali, per la tutela e promozione della salute delle donne.

Approccio di genere alla salute

1. Riduzione delle disuguaglianze e approccio di genere nelle politiche per la salute

A cura di

Maura Cossutta, Vice Presidente Commissione Salute delle Donne

Gruppo di lavoro

“Conferenza nazionale sulla salute delle donne e Piano Intersettoriale”

Coordinatori: Maura Cossutta, Maria Paola Di Martino

Fonti: Atti del Seminario “Riduzione delle disuguaglianze e approccio di genere nelle politiche per la salute – Valutazione di impatto sulla salute delle politiche non sanitarie” Roma, 3 dicembre 2007
Intervento introduttivo di Maura Cossutta

Vorrei aprire questo incontro e la nostra discussione, proponendovi alcune considerazioni.

1.1 Principi già condivisi o cambiamento da promuovere?

Nonostante sia ormai consolidato il corpus legislativo internazionale sui diritti umani e il concetto stesso di diritti umani sia incorporato nelle strategie globali di promozione della salute, i diritti umani delle donne sono ancora una sfida del tutto aperta.

Nonostante il *Gender Mainstreaming*, cioè l'integrazione della dimensione di genere in tutte le politiche, sia principio guida delle politiche di sviluppo, nonostante in tutte le Risoluzioni delle Conferenze internazionali sulla salute, nelle Risoluzioni dell'Unione Europea e dell'OMS sia ribadito che l'approccio di genere alla salute è necessario per promuovere azioni e programmi di promozione della salute, la strada per una vera strategia è tutta in salita.

Perché?

L'approccio di genere alla salute pubblica rimanda alla cultura dei diritti e dell'uguaglianza, ma per riposizionarla.

Non è sufficiente affermare che il diritto alla salute è un diritto umano fondamentale, per garantire che lo sia anche per le donne.

Se è diffusamente condiviso che il diritto alla salute è diritto allo sviluppo, che la promozione della salute deve incidere sui determinanti economico-sociali, che l'efficacia delle azioni deve essere misurata dalla promozione dell'empowerment delle persone, il nesso tra riduzione delle disuguaglianze e approccio di genere non è invece così lineare.

Se culturalmente risulta condiviso il modello sociale di salute, non è altrettanto condivisa la definizione del genere come determinante essenziale di salute.

Le inequità di genere – anche laddove è consolidata l'esperienza e la cultura in merito alle disuguaglianze nella salute – sono automaticamente inserite all'interno del capitolo più generale delle inequità sociali, culturali.

E laddove vengono riscontrate differenze tra donne e uomini, queste sono statisticamente analizzate soltanto rispetto alle differenze biologiche, legate al sesso.

Differenze quindi sì, ma o legate alla specifica condizione sociale, culturale delle donne, oppure legate alla naturalità delle variabili ormonali, biologiche.

Differenze biologiche e differenze di genere devono invece essere lette insieme e insieme considerate in ogni programma che riguarda la salute, sottolineando che il genere è una costruzione sociale, che va ben oltre le differenze biologiche e fisiologiche che definiscono uomini e donne, che legge le differenze imposte dalla cultura dominante di una società, dai ruoli sociali, dagli assetti di potere nelle relazioni tra uomini e donne.

Le ricerche "sensibili al genere" devono considerare i ruoli e le responsabilità di donne e uomini nella società, la loro posizione sociale, l'accesso alle risorse, le regole sociali che governano i comportamenti maschili e femminili, perché hanno un effetto sulla salute e il benessere.

Nella maggior parte delle società, non solo in quelle dei paesi sottosviluppati, ma anche in quelle dei paesi europei, le donne hanno uno status sociale inferiore agli uomini, minore occupazione, minori livelli occupazionali, più carico di lavoro familiare, hanno minor accesso e controllo sulle risorse, sono meno presenti nei luoghi decisionali. Ma anche i dati sulla violenza contro le donne, soprattutto in famiglia, restano drammatici e indecenti.

Non solo quindi e semplicemente disuguaglianze sociali, ma disuguaglianze di genere.

E ancora, sulla sessualità, per la prevenzione dei rischi delle malattie sessualmente trasmissibili, le istituzioni continuano a puntare più sul comportamento a rischio dei singoli, piuttosto che cercare di riconoscere la complessità del contesto sociale, i fattori economici, culturali e politici in cui quel comportamento si produce.

E' invece necessario, secondo l'approccio di genere, riconoscere come il contesto e i ruoli sessuali prestabiliti siano alla base dello squilibrio di potere nelle relazioni sessuali.

L'empowerment delle donne e l'uguaglianza di genere non possono essere infatti raggiunti senza l'esercizio dei diritti sessuali e dei diritti riproduttivi.

Le difficoltà e i ritardi nelle strategie di sviluppo possono essere superati solo se si assume pienamente il concetto di approccio di genere, condividendone tutte le implicazioni, quelle di leggere come intrecciate e interdipendenti le disuguaglianze nei diritti economici e sociali, civili e politici, ma anche nell'assetto dei ruoli e dei poteri.

Ma ancora, in relazione al diritto alla salute delle donne immigrate, che hanno culture di riferimento e anche tradizioni religiose diverse da quelle del nostro paese, l'approccio di genere rimanda al tema del limite di un universalismo concepito, nel dibattito culturale sui diritti umani, come neutro rispetto alla cultura dominante.

Universalismo maschile, che non tiene conto che nella neutralità della cultura di riferimento prevalgono gli stereotipi di genere, contro le donne.

Serve allora investire sulla salute delle donne, sull'approccio di genere alla salute, inteso innanzitutto come promozione di un empowerment vero delle donne, di tutte le donne, sapendo che non è sufficiente parlare di diritti delle donne se non si sviluppa una concreta politica delle donne.

La sensibilità rispetto al genere riguarda quindi la capacità di percepire le differenze di genere esistenti, le problematiche e le disuguaglianze, e di incorporare tutto questo in strategie e azioni.

Non riconoscere che il genere è un fattore essenziale dei prodotti sociali, compresa la salute, influenza negativamente la diagnosi e la gestione dei problemi di salute sia per le donne che per gli uomini.

Approccio di genere significa quindi assumere il genere come costruzione sociale, che varia negli anni e da società a società e deve essere considerato un determinante della salute.

Significa ribadire che la promozione della salute delle donne è considerata priorità strategica delle politiche pubbliche di promozione della salute, che il diritto alla salute delle donne promuove lo sviluppo, la democrazia, la coesione sociale di un paese, che il diritto alla salute per le donne significa innanzitutto libertà di esercizio dei diritti sessuali e riproduttivi.

Principi consolidati, principi condivisi?

Non è così. Manca ancora una strategia, mancano azioni di sistema, persistono pregiudizi, ritardi e confusioni, resistenze anche, culturali, scientifiche.

Ancora oggi la Commissione europea con la "Tabella di marcia per la parità tra donne e uomini 2006-2010" insiste nel ribadire tra gli ambiti prioritari il riconoscimento della dimensione di genere nel settore sanitario, proprio perché ancora lontana è l'integrazione di genere nelle politiche sanitarie.

E il Consiglio dell'Unione europea del 2006 ancora sollecita gli Stati membri a raccogliere dati specifici per genere in materia di sanità e ad analizzare le statistiche per genere, perché pochissimo è stato realizzato. Sollecita nuovamente a promuovere le conoscenze degli operatori sanitari sulla relazione esistente tra genere e salute e a promuovere la salute tenendo conto della diversità di genere; a promuovere la ricerca e la ricerca sanitaria differenziata in base al genere; ad affrontare le disuguaglianze nella salute e garantire parità di trattamento e di accesso alle cure.

L'approccio di genere alla salute impone quindi un cambiamento che deve essere innanzitutto riconosciuto in quanto tale.

Non un approccio aggiuntivo alla cultura condivisa dei diritti e dell'uguaglianza, ma un suo riposizionamento.

Il genere, assunto come un determinante essenziale della salute, riposiziona infatti l'analisi e la valutazione dei dati, rende esplicite evidenze altrimenti non riconosciute e invisibili, delinea nuove priorità, azioni, obiettivi, programmi.

Definizione del genere, esplicitazioni di evidenze, individuazione di indicatori, misurabilità degli stessi rispetto all'efficacia, qualità ed equità delle politiche sanitarie: l'approccio di genere alla salute diventa un nuovo approccio, innanzitutto teorico, metodologico, analitico su cui occorre che le esperienze e le elaborazioni più avanzate rispetto alla promozione della salute possano convergere.

Una necessità metodologica, ma anche strumento di governo e governance del sistema sanitario.

Serve promuovere la salute delle donne come indicatore della qualità, efficacia ed equità del SSN, ma anche del benessere della società nel suo complesso.

Servono scelte politiche, risorse, servizi, professionalità, ma anche cultura, mutamenti profondi nelle relazioni sociali, umane, familiari.

Serve coinvolgere le donne nelle decisioni e nell'attuazione dei progetti, ma serve soprattutto promuovere la presenza delle donne in tutti i luoghi decisionali, della politica, delle istituzioni.

1.2 La salute in tutte le politiche e approccio di genere: un nesso ineludibile

La promozione della salute è una strategia di politiche pubbliche, sanitarie e non sanitarie, è una precisa raccomandazione dell'UE e la sua attualità è già compresa nell'agenda europea.

In Europa e anche nel nostro paese sta ormai maturando la consapevolezza dell'importanza e della necessità di un approccio strategico che sottolinei anche il ruolo delle politiche non sanitarie per le politiche di promozione della salute.

Da tempo è ormai infatti noto che il potenziale di prevenzione e di promozione della salute ottenibile attraverso politiche sanitarie è solo una piccola parte rispetto a quello complessivamente ottenibile attraverso interventi di politiche di altri settori.

Il documento dell'OMS Europa e il documento UE della Presidenza finlandese sollecitano i governi al coordinamento delle politiche, alle azioni intersettoriali per le politiche di promozione della salute.

La salute in tutte le politiche è la risposta scientificamente solida e operativamente efficace per la promozione della salute nelle società moderne e per la sostenibilità stessa dell'insieme del sistema di sicurezza sociale.

La salute in tutte le politiche significa promuovere azioni capaci di incidere sui determinanti della salute e significa valutare l'impatto che le politiche non sanitarie hanno sulla salute.

Il modello sociale di salute è la cornice teorica che sostiene questa strategia e i sistemi pubblici e universalistici sono il modello di riferimento.

La riduzione delle disuguaglianze nella salute, che sono obiettivo prioritario dei sistemi sanitari pubblici e universalistici, è nell'agenda europea uno degli obiettivi fondamentali dell'Unione Europea e, sebbene le disuguaglianze varino fra i paesi, ogni paese affronta il divario fra gruppi a basso e alto livello socio-economico.

La riduzione delle disuguaglianze nella salute è quindi una delle sfide principali del programma di sanità pubblica europea.

Anche la programmazione dei Fondi strutturali europei ha assunto la salute come materia trasversale alle politiche di sviluppo, insistendo sul rapporto disuguaglianze e salute e sulla necessità di promozione di metodologie e strumenti di valutazione di impatto sulla salute.

Tuttavia, insufficiente è ancora la conoscenza rispetto ai singoli programmi dei paesi europei, su come i processi politici hanno un impatto sulla salute e come dovrebbero essere modellati interventi efficaci.

Occorre quindi sviluppare una base di conoscenze e infrastrutture europee in modo da produrre e rafforzare le strategie e le azioni per ridurre le disuguaglianze di salute a livello europeo, nazionale e locale.

Ma anche rispetto a questo, come viene inserito l'approccio di genere?

Fin dal 1995, in seguito alla Quarta Conferenza mondiale delle Nazioni Unite sulle donne, svoltasi a Pechino, l'Unione europea assume la prospettiva del gender mainstreaming. La dimensione di genere "entra nella corrente principale", significa che il principio delle pari opportunità dovrà essere integrato in tutte le politiche e azioni comunitarie e che tutte le decisioni dovranno essere valutate anche nel loro impatto differenziato sulla vita delle donne e degli uomini.

Si sollecita la considerazione sistematica delle differenze legate al genere, assumendo il genere come la categoria conoscitiva attraverso la quale leggere e riconoscere i soggetti, donne e uomini, nelle loro diversità. Sono rivisti e reinterpretati i riferimenti economici, sociali, psicologici, metodologici che orientano il modo in cui sono letti e interpretati i soggetti.

Il genere è riconosciuto come una differenza strutturale che riguarda l'intera popolazione. Né le donne né gli uomini sono considerati come un gruppo d'interesse specifico tra i diversi gruppi di interesse; viceversa il genere influisce, spesso rafforzandole, sulle diversità e vulnerabilità legate ad altre differenze strutturali quali razza, etnia, classe, età, disabilità, tendenza sessuale.

Il primo passo per un processo di mainstreaming della dimensione di genere consiste nello stabilire se il genere è rilevante per la politica che si sta elaborando.

E quindi per verificare la significatività rispetto al genere si evidenzia la necessità di dati disaggregati per sesso.

Il Trattato della Comunità Europea e la Carta dei diritti dell'Unione Europea, in cui è sancito che la parità tra uomini e donne deve essere assicurata in tutti i campi, affermano che la parità tra donne e uomini non è solo un diritto fondamentale ma anche una condizione necessaria per il conseguimento degli obiettivi comunitari di crescita, occupazione e coesione sociale, sviluppo sostenibile.

La salute in tutte le politiche delinea quindi una strategia, ma è anche e soprattutto la naturale e coerente conseguenza dell'approccio di genere alla salute. Senza il nesso ineludibile con l'approccio di genere, la salute in tutte le politiche risulta complessivamente metodologicamente scorretta, oltre che politicamente discriminatoria.

Ma la strada è ancora molto lunga. Sebbene importanti risultati siano stati raggiunti, è la stessa Commissione europea oggi ad affermare che le disuguaglianze non solo permangono, ma possono anche aggravarsi, poiché l'incremento della concorrenza economica su scala mondiale richiede una forza lavoro più mobile e flessibile.

Le donne risultano svantaggiate nel mercato del lavoro per la scarsa flessibilità degli orari di lavoro e dei servizi per l'infanzia, per il persistere di stereotipi di genere e dell'ineguale carico di responsabilità familiari rispetto agli uomini.

Conseguire gli obiettivi di Lisbona in tema di occupazione femminile resta una priorità per la promozione del capitale sociale dell'Unione europea.

1.3 La valutazione di impatto sulla salute: domande di genere

In ogni ambito decisionale, la tutela della salute sta rendendo sempre più evidente la necessità di dotarsi di metodi appropriati per la valutazione sistematica degli impatti generati dalle scelte politiche. Ma d'altra parte le molteplici interrelazioni e dipendenze tra i fattori che determinano la salute accrescono sempre più la complessità delle decisioni di governo a tutti i livelli, nazionale, regionale e locale.

Serve una strategia, serve una metodologia.

La valutazione di impatto sulla salute (VIS) nasce da questa consapevolezza, della necessità che le politiche tengano presenti gli impatti attuali e futuri sulla salute.

E in questo senso il Piano strategico europeo 2001-2006 aveva già adottato la valutazione di impatto sulla salute come metodo per assicurare un elevato livello di protezione per la salute umana nella definizione ed implementazione delle politiche e della programmazione di attività comunitarie.

La metodologia VIS è certo una metodologia complessa, non sempre sufficiente a far modificare gli orientamenti dei governi e a condizionare i processi decisionali di altri settori, ma rappresenta comunque uno strumento utile a realizzare un empowerment dei cittadini e rappresenta uno strumento forte di promozione della salute.

Ma occorre far crescere lo scambio e il confronto delle esperienze, dei dati, dei risultati. Occorre una strategia dall'alto (nelle istituzioni centrali) e dal basso (nelle realtà locali, territoriali).

Quali approcci metodologici scegliere? Quale è il "processo" metodologico della VIS? E come si valuta il "bilancio" della VIS?

Alcuni principi da rispettare nell'attuazione della VIS sono dai più condivisi, come quello dell'uso etico, rigoroso delle evidenze scientifiche, quello della democrazia e cioè della partecipazione e della trasparenza del processo, dello sviluppo sostenibile e perciò della valutazione ambientale integrata con quella sulla salute umana, e quello, per me più rilevante, dell'equità.

Ma alcune riflessioni non sono superflue

La Vis serve a valutare l'impatto sulla salute delle altre politiche ma anche a promuovere azioni capaci di incidere sui determinanti economico-sociali della salute, e cioè azioni efficaci per il contrasto e per la riduzione delle disuguaglianze.

Ma il rischio che siano le maggioranze a decidere e che invece siano proprio i più fragili e i più deboli a rimanere senza voce esiste. In relazione a questo, forse risulterebbe allora necessario pensare a qualche forma di supporto normativo o di regime sanzionatorio. O comunque risulta essenziale il monitoraggio dei risultati in termini di salute.

E ancora, l'approccio di genere come entra nel processo della VIS?

Un esempio: la valutazione degli impatti sulla salute delle donne delle politiche occupazionali, fiscali, previdenziali, ma anche dei trasporti, delle infrastrutture, quale impatto hanno sulla salute delle donne?

Se è vero quello che abbiamo prima sostenuto, le fasi della VIS devono comprendere questo approccio. L'analisi del contesto, la definizione degli obiettivi, la valutazione e il monitoraggio dei risultati non possono prescindere da questo.

E risulta soprattutto fondamentale la questione della documentazione e dei dati. Il "dato" infatti non è un fattore neutro. A seconda dei dati che si raccolgono o del trattamento dei dati stessi si possono far emergere problemi, evidenziare situazioni, o viceversa non darvi rilievo.

L'approccio di genere per la VIS allora deve costituire "il dato ex ante", perché il dato di partenza è fattore fondamentale sia per le decisioni di intervento che per la valutazione di impatto sulle stesse.

Una valutazione di impatto sulla salute di genere rende cioè necessaria già dalla sua prima fase, che è appunto quella della raccolta delle informazioni e dei dati, la valutazione sulla presenza e sull'utilità di quanto è reperibile e già da questa fase la necessità di collaborazione tra gli enti che raccolgono e gestiscono dati.

Quando si analizzano le situazioni in chiave di genere si comprende che la VIS si proietta oltre nell'uso dei dati e informazioni, nell'obiettivo di predire le conseguenze che diverse opzioni di intervento possono avere sulle situazioni di partenza indicate dai dati, nella volontà di influenzare e assistere il processo decisionale. In altri termini, il dato di partenza è fattore fondamentale sia per le decisioni di intervento che per la valutazione di impatto delle stesse.

Presenza e validità dei dati rispetto all'approccio di genere meritano pertanto speciale attenzione.

In questo senso, non essendo ancora ampia la documentazione di casi di studio indirizzati specificamente al genere tra le valutazioni di impatto sulla salute, sarebbe molto importante dedicarsi, sia per acquisire metodologie e strumenti, sia per l'apporto teorico e concettuale che può derivarne.

Essendo la VIS focalizzata sui determinanti della salute, può considerare elementi come le condizioni di vita, dall'abitazione ai servizi, la qualità degli ambienti di vita urbana e rurale, che sono proprio quelli che maggiormente impattano sulla condizione di vita delle donne e sono causa di importanti fattori di disuguaglianze di genere.

L'ambito urbano può essere uno dei più proficui in termini di risultati ottenibili, sotto il profilo della integrazione della salute in tutte le politiche, nel considerare la condizioni di disuguaglianza di genere nella salute, nella possibilità di promuovere l'empowerment dei cittadini e in particolare delle donne.

Gli "esercizi" di attività e di studi di VIS, all'estero ormai numerosi anche per grandi città come Londra e persino obbligatori in alcuni casi come in Lituania, dovrebbero essere diffusi e divenire patrimonio comune ed essere presi di riferimento nella costituzione di "cantieri" di sperimentazione urbana e divenire condizionanti nelle letture periodiche che vengono eseguite dello stato di salute della popolazione, avendo anche la possibilità di analizzare il "segmento" femminile che si può oggi considerare tra quelli più deboli-

La scelta prioritaria di un approccio di genere consente quindi di far emergere problemi fino ad ora non sufficientemente apprezzati, proprio perchè non fatti emergere, di una parte rilevante della popolazione.

E si sottolinea anche in questo caso che non ci si occupa solo delle donne, ma il miglioramento della salute delle donne diventa condizione e stimolo per il miglioramento delle condizioni generali di vita di tutti.

1.4 Conclusioni fiduciose

Alla fine di questo intervento, posso comunque dire che sono fiduciosa. La strada è difficile, anche complessa, ma mi sento di poter affermare che un percorso è già stato iniziato.

Infatti il Ministro Livia Turco, con tutti i Dipartimenti del Ministero della salute, ha scelto di investire sulla innovazione rappresentata dall'approccio di genere e dalla salute in tutte le politiche. Una innovazione, un profondo cambiamento.

E' stata insediata la Commissione salute delle donne, con la presenza di molte donne autorevoli, del mondo della scienza e della sanità pubblica, e tante altre donne del mondo delle associazioni, con esperienza di lavoro per le donne e con le donne.

La Commissione sta lavorando, affrontando capitoli rilevanti, dal Percorso nascita ai diritti sessuali e riproduttivi, dai tumori alla salute durante tutto l'arco della vita, dalla violenza contro le donne alla ricerca di genere, dalla modifica del sistema dei flussi informativi al Rapporto sullo stato di salute della popolazione femminile.

Un lavoro specifico è orientato alla definizione di un Piano Intersettoriale per la salute delle donne, che presenteremo l'8 marzo a Firenze durante la Prima Conferenza Nazionale sulla salute delle donne – evento del tutto inedito per i governi del nostro paese.

Si svolgerà, inoltre, il prossimo 18 dicembre a Roma la Conferenza Interministeriale sulla Salute in tutte le politiche, all'interno della quale è stata ospitata una relazione proprio sull'approccio di genere.

In ultimo, è ormai in fase attuativa la Commissione sulla Valutazione di impatto sulla salute, che promuoverà il coordinamento di una Rete nazionale delle esperienze locali, anche in collegamento con l'Unione europea.

Scelte concrete, azioni di sistema, che possono far svolgere al nostro paese un ruolo chiave nel contesto internazionale.

2. Approccio di genere nella ricerca, nelle sperimentazioni e nei trattamenti farmacologici

A cura di

Flavia Franconi, in collaborazione con **Silvia Canu** e **Ilaria Campesi**

Gruppo di lavoro
“Approccio di genere alla salute”

Coordinatori: Flavia Franconi; Linda Laura Sabbadini

2.1 Introduzione

Le scienze sociali, da tempo, si sono fatte carico dello studio delle differenze e delle somiglianze (West e Zimmerman, 1987) tra donne ed uomini sviluppando il concetto di genere definito da Wizemann e Pardue (2001) come: “*A person’s self-representation as male or female, or how that person is responded to by social institutions on the basis of the individual’s gender presentation. Gender is rooted in biology and shaped by environment and experience*”. Come ben illustrato nel libro “Da Esculapio a Igea, un approccio di genere alla salute” (Banchieri e Dell’Osso, 2007), il genere, prima solo patrimonio delle scienze sociali, è diventato appannaggio delle scienze biologiche che stanno incominciando a considerare la variabile dell’essere donna e dell’uomo partendo dal sesso definito da Wizemann e Pardue (2001) come: “*The classification of living things, generally as male or female according to their reproductive organs and functions assigned by chromosomal complement*”.

La rimozione di detta variabile ha condotto ad una medicina basata principalmente sul corpo maschile ed avulsa dalle interazioni sociali ed ambientali. Invece, la medicina o meglio la salute di genere valuta attentamente le differenze e le somiglianze biologiche e socio culturali per promuovere una rigorosa ricerca che coinvolga l’etnicità, lo stato socioeconomico, la disabilità, l’orientamento sessuale, l’età ecc per migliorare la salute ed i sistemi di cura.

Le differenze stanno sempre più emergendo, anche in assenza di studi specifici, e pertanto è necessario procedere ad una loro puntuale identificazione per trasferirle nella medicina preventiva, nella diagnostica, nella terapia per migliorare gli *outcomes*. Nella donna e nell’uomo, visto le differenze esistenti, ottenere uguali *outcomes* appare utopistico, mentre è realistica la prospettiva di raggiungere l’equità di genere nel campo degli *outcomes* mediante l’integrazione delle competenze e un uguale accesso alle risorse ed alle cure come auspicato dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel documento 23 maggio 2007, i cui obiettivi sono di seguito riportati:

- formulare di strategie nazionali per includere il genere nei programmi e nella ricerca nazionale;
- formare e informare sulla promozione del genere e della salute della donna;
- sostenere e promuovere la ricerca e la formazione di genere in tutte le sedi istituzionali nazionali ed internazionali;
- includere la prospettiva di genere a tutti livelli, compresi i giovani;
- includere l’analisi di genere in tutti i campi della ricerca compreso quello epidemiologico e statistico;
- promuovere il progresso dell’equità di genere nel campo della salute affinché donne e uomini, bambine e bambini siano considerati nella politica, nella programmazione e nell’educazione di coloro che sono preposti alla cura;
- favorire lo sviluppo di farmaci e di nuovi approcci terapeutici mirati al genere favorendo la ricerca anche mediante l’uso di incentivi così come è avvenuto nella ricerca pediatrica;
- promuovere l’integrazione dei concetti di sesso e genere.

Nei successivi capitoli, partendo dai suggerimenti OMS, sono stati ampliati alcuni dei punti specifici.

Obbiettivi della prospettiva di genere:

- condurre una ricerca etica che eviti l’esclusione basata sul fatto di essere donna o di appartenere ad una minoranza, ad un’altra cultura, ad un’altra razza, o di essere disabile, a meno che non ci siano sostanziali motivazioni;
- arrivare all’equità della cura migliorando l’accesso ai servizi per le donne, offrendo mezzi di trasporto migliori e servizi per la cura dei bambini e degli anziani, costruendo strutture adeguate alle specifiche caratteristiche del singolo genere;
- offrire servizi sociali che tengano conto delle specifiche differenze in considerazione delle varie fasi della vita;
- creare un sistema di ricerca focalizzato sulla costruzione di sistemi di misurazione che tengono conto della molteplicità delle variabili;
- promuovere l’integrazione delle competenze per conoscere le somiglianze e le differenze fra uomo e donna per superare il *gap* esistente a sfavore delle donne e considerando anche le etnie;

- offrire lo stesso rispetto all'uomo e alla donna;
- promuovere la diffusione della cultura di genere sia intervenendo sui curricula didattici degli operatori sanitari promuovendo anche corsi post-laurea, ECM;
- promuovere la creazione di esperti, vedi dottorati di ricerca;
- promuovere un'organizzazione del lavoro che tenga conto delle peculiarità femminili.

2.2 Sesso/genere

L'OMS ha messo questo punto all'ottavo posto fra gli obiettivi del documento del 23 maggio 2007, ma si è ritenuto opportuno partire da questo in quanto, se teoricamente la distinzione sesso-genere è utile, tuttavia nella prassi diventa sempre più difficile separare queste due entità (Emslie et al, 1999), poiché il concetto di sesso è molto più complesso di quanto pensato (Birke e Vines, 1987) e poiché interazioni fra sesso (vita biologica) e esperienze socio-culturali (genere) sono maggiori, più significative e più numerose di quanto valutato in precedenza (Connell, 1985, Morgan et al, 1986).

In altre parole, possiamo affermare che i "fatti" biologici sono anche socialmente costruiti, e detti "fatti" sono selezionati e definiti nella loro importanza dal genere (Connell, 1985; Morgan, 1986). Oramai è certo che l'organizzazione degli organi, oltre che dai geni e dagli ormoni, è influenzata dall'ambiente.

Il concetto di genere è un *continuum* che cambia con il tempo, con la cultura, e se si accetta che esso possa essere socialmente costruito sulle relazioni, piuttosto che su una categoria binaria (West e Zimmerman, 1987), si distrugge la nozione che maschile e femminile siano caratteristiche stabili degli individui. Questa operazione, come già in parte suggerito da Wizemann e Pardue (2001), permette di estendere tale concetto al mondo animale dove, ad esempio, l'atteggiamento materno è funzione del sesso del figlio (Moore e Moralli, 1979; Moore, 1986; Moore e Power, 1992).

Pertanto è opportuno arrivare all'integrazione dei due concetti, essendo l'enfatizzazione della dicotomia genere/sesso non in linea con le attuali conoscenze. Questo potrebbe influenzare negativamente lo sviluppo di una medicina di genere basata sull'evidenza, di fatto impedendo fra l'altro lo sviluppo di nuove strategie e metodologie di ricerca basate sull'armonizzazione dei due concetti.

2.3 Le basi delle differenze e delle somiglianze

In questo breve paragrafo abbiamo riassunto le basi delle differenze e somiglianze perché esse possono costituire il punto di partenza per una serie di riflessioni.

Fattori Genetici.

Ogni cellula del corpo è sessualmente dimorfica: femminile (XX) o maschile (XY) e l'assenza di un cromosoma X rende i maschi più vulnerabili alle mutazioni dello stesso cromosoma. Nelle cellule femminili, durante lo sviluppo embrionale, i geni materni e paterni si mischiano, in maniera casuale e cellula dipendente (formazione del mosaico), nel cromosoma X mediante il processo di inattivazione (*silencing*) (Zhou et al, 2006), il che si ripercuote su molti aspetti della vita inclusi quelli comportamentali (Migeon et al, 2006).

Fattori Ormonali.

Gli ormoni sessuali giocano un ruolo importante ed è il testosterone che determina nel feto l'evoluzione in senso maschile (Legato, 2004). Inoltre, essendo essi fattori di trascrizione, influenzano l'attività di tutti gli organi ed apparati, come testimonia la localizzazione di loro recettori (Kelly e Lever, 2001; Becker et al, 2005). Un esempio: gli estrogeni controllano in maniera determinante ed in maniera specie specifica i sistemi recettoriali coinvolti nel dolore (Zhou et al, 2006).

Fattori ambientali.

Alcune differenze e somiglianze dipendono dall'esposizione all'ambiente e possono essere modificabili. La vita perinatale ed infantile assumono una particolare importanza, poiché l'esposizione a certi fattori

ambientali (perdita delle figure parentali, abusi sessuali ecc) può cambiare la traiettoria dello sviluppo in maniera quasi irreversibile (Banca dati sulla salute primale; Teicher et al, 2003) producendo nell'adulto una maggiore suscettibilità alla depressione, all'ansia (Canetti et al, 1997; De Bellis 2002, Gilmer e McKinney 2003, Langeland et al. 2004), all'abuso di sostanze (Langeland e Hartgers 1998, Spak et al, 2001; Gordon, 2002, Langbehn et al, 2003 Nilsson et al, 2005). L'impatto degli eventi perinatali (vedi basso peso alla nascita ecc) va oltre gli effetti comportamentali estendendosi alle malattie cardiovascolari ed al diabete (Barker, 2000; Loizzo et al, 2007). Dati sporadici suggeriscono che il genere influenzi tali processi (Ment et al, 2006).

2.4 L'aspettativa di vita e la morbilità

La più lunga aspettativa di vita delle donne si accompagna usualmente ad una maggiore morbilità (Macintyre et al 1999, Hibbard e Pope, 1986). Se la salute non va più considerata come un fatto eminentemente privato (Marmot e Wilkinson, 1999; 2003; Marmot, 2005; Macdonald, 2005) non meraviglia la maggior morbilità femminile, perché la donna, per la complessità delle sue relazioni sociali (Berkman e Kawachi, 2000; Krieger, 2001), per la sua posizione sociale (minor livello sociale, lavori pagati peggio, maggiore impegno per la cura dei figli e dei genitori, ecc), e per le proprie peculiarità è coinvolta in fenomeni che hanno gravi ripercussioni sulla salute (Annandale e Hunt, 2000).

Alcuni esempi:

- il ruolo di *caregiver* riduce il tempo libero che, a sua volta, riduce la possibilità di svolgere una regolare attività fisica, uno dei cardini della prevenzione dell'obesità, del diabete e delle malattie cardiovascolari;
- le donne sono soggette maggiormente alla povertà (Dwyer e Bruce, 1988) e conseguentemente hanno un rischio di andare incontro a malnutrizione e obesità, legata, nel mondo occidentale, all'appartenenza alle classi sociali svantaggiate;
- le donne, generalmente, non hanno *leadership* nel gruppo e ciò può causare disagi e disturbi mentali (Papanek, 1990);
- il cambiamento del ruolo femminile avvenuto nel mondo occidentale ha determinato variazioni dello stato di salute delle donne (aumento delle morti cardiovascolari, aumento dei tumori polmonari) che, essendo incompatibili con "semplici" variazioni genetiche (Murray e Lopez, 1997; Prentice e Jebb et al 1995), indicano le notevoli e complesse interazioni tra geni ed ambiente (Prakash et al 2006; Gouldsbrough et al, 2003; Schiff et al, 1978; Cadoret et al, 1983).

Altri esempi, sono le associazione tra l'obesità, diabete, malattie cardiovascolari, depressione e contesto sociale (Smith et al, 1998, Rosengren et al, 2004).

Dunque occorre:

- apportare modifiche strutturali che consentano alle donne di poter svolgere la propria attività lavorativa e di *caregiver* in maniera più adeguata, mediante l'organizzazione di tempi lavoro, mezzi di trasporto più appropriati alla vita della donna, ecc;
- incentivare l'integrazione fra le scienze;
- fornire supporti sociali e promuovere la ricerca di genere in maniera che i provvedimenti e le norme siano basati su dati scientifici.

2.5 Ambiente di lavoro

Premesso che il lavoro in sé non compromette la salute delle donne e degli uomini, compromessa invece dalla disoccupazione e sotto occupazione (Figà- Talamanca I, Pagano R, 1988), esaminando la condizione femminile nel mondo del lavoro (Baldanza et al, 2000), vediamo che essa è caratterizzata da una serie di fattori (precarietà, lavori monotoni e ripetitivi, ineguaglianza retributiva, ridotto sviluppo di carriera, scarsa valutazione professionale, assenza di soddisfazione e di modulatori del carico mentale, sostegno sociale, etc.) che possono determinare uno *stress* cronico che, come vedremo in seguito, può

aumentare il rischio di numerose malattie (Frankenhauser et al, 1991). Significativo il fatto che le donne italiane sono più esposte al lavoro frenetico rispetto alla media europea (Kauppinen e Kandolin, 1998); i ritmi frenetici, come la monotonia, aumentano il rischio di malattie cardiovascolari (Levi et al, 1997).

Rischio ad esposizione ad agenti tossici

Oggi le donne sono entrate in tutti campi del lavoro senza che sia stato studiato l'effetto della esposizione ad agenti tossici, cancerogeni ecc. Tuttavia le poche ricerche fatte nei due generi evidenziano il maggior assorbimento del cadmio nelle donne (Vahter et al, 2002), nonché sostanziali differenze a livello dei bersagli dei tossici. Ad esempio è stata descritta una maggior sensibilità delle donne verso alcune forme di tumore dopo esposizione ad alcuni solventi, idrocarburi ecc (Zahm Shelia Woar, 2000), e verso le reazioni d'ipersensibilità dopo esposizione a nickel (Vahter et al, 2002; Hojo et al, 2002). Dunque sono necessari studi approfonditi di tossico-cinetica e tossico-dinamica di genere al fine di determinare i limiti d'esposizione per le donne.

Distribuzione e organizzazione del lavoro

L'allargamento delle professioni al genere femminile non è stato accompagnato da un adeguamento della distribuzione e organizzazione del lavoro, ancora prevalentemente basato su *standard* maschili. Questo è uno dei motivi principali della maggiore incidenza delle malattie muscoloscheletriche nelle donne.

Dunque, appaiono necessarie norme che tengano conto delle specifiche peculiarità femminili nella distribuzione ed organizzazione del lavoro.

Malattie professionali ed infortuni

Le malattie professionali e gli infortuni sono molto più frequenti negli uomini per la maggiore presenza maschile nei settori ad alto rischio (INAIL). Il vantaggio femminile si riduce nei settori in cui si ha una prevalenza femminile.

Non possiamo fare a meno di rilevare che queste statistiche non considerano la casa come luogo di lavoro, dove si osserva un netto vantaggio maschile. A questo proposito si segnala che le direttive comunitarie sulla sicurezza e la salute sul lavoro non coprono il lavoro domestico né il lavoro informale che le donne svolgono come "aiutanti" (ad esempio nell'ambito dell'impresa familiare).

Maternità e riflessi sul lavoro

La maternità riveste un ruolo centrale nella vita delle donne, ma la nascita di un figlio costituisce molto spesso una delle cause di allontanamento dal mercato del lavoro. L'abbandono del lavoro porta ad una riduzione del reddito familiare, a una perdita della libertà personale delle donne, diminuendo la loro autostima, aumentando il disagio e la possibilità di andare incontro a malattie mentali. Il disagio riguarda anche le madri che continuano a lavorare, per la difficoltà di conciliare la vita lavorativa e familiare.

In conclusione, sono necessari studi di tossico-cinetica e tossico-dinamica per la determinazione dei limiti di esposizioni in una prospettiva di genere.

L'adozione di norme che portino ad una riduzione dello *stress* deve diventare una delle priorità nella politica per la salute a partire dalle specifiche peculiarità dei due generi.

Inoltre appare opportuno supportare modifiche strutturali che portino ad un'organizzazione e distribuzione del lavoro a misura di donna. Diventa imperativo individuare una costruzione sociale che supporti il lavoro femminile, a partire dall'aumento del numero degli asili nido e prevedendo orari confacenti alle esigenze professionali delle donne.

Occorre agire a livello delle direttive comunitarie sulla sicurezza e salute sul lavoro, per includere il lavoro domestico e il lavoro informale

2.6 Linee di ricerca da potenziare

Studio dei meccanismi che collegano l'individuo alla società

Assume particolare importanza l'identificazione dei meccanismi che collegano l'individuo e la società ed esattamente la risposta allo *stress*. Essa coinvolge l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPAA) e il sistema

simpatico ecc. e sembra implicata nella patogenesi di numerose malattie come il diabete di tipo 2, le malattie cardiovascolari, la depressione, l'osteoporosi, le alterazioni immunitarie, la malattia di Alzheimer (Stoney et al, 1990; Schobel et al, 1996; Phillips et al, 1998, 2000; Heim et al, 2000; Kajantie et al, 2002, 2003a; Tsigos e Chrousos, 2002; Treiber et al, 2003; Schwartz et al, 2003; Brown et al, 2004) e delle malattie età correlate (Otte et al, 2005, Seeman et al, 2001).

L'uomo e la donna rispondono in maniera diversa allo *stress* (Stoney et al, 1987, Kudielka e Kirschbaum, 2005; Otte et al, 2005); nella donna si evidenziano differenze anche nelle diverse fasi della vita riproduttiva. (de Weerth e Buitelaar, 2005; Glynn et al, 2001). Gli uomini sembrano reagire di più allo *stress* usando sostanze d'abuso ed esprimendo maggiormente rabbia ed ostilità (Yancura, 2007). Le donne, invece, pare sviluppino maggiormente disturbi di tipo affettivo (disordini d'ansia e depressione) (Umberson et al, 1996).

Si discute molto sul perché di tali differenze, se possano essere parzialmente collegate ai comportamenti sociali che spingono gli uomini e le donne a vivere le frustrazioni e le aspirazioni in maniera diversa (Mirowsky e Ross 1995), oppure possano essere correlate a differenze biologiche (Kajantie e Phillips, 2006) in parte di origine ormonale, visto le fluttuazioni in funzione della vita riproduttiva della donna (Kajantie e Phillips, 2006; Kirschbaum et al, 1999).

Partendo dall'evidenza che la risposta allo *stress* è diversa, si pone il problema della misurazione della stessa in maniera genere-specifica e, quindi, della validazione dei test in funzione del genere_essendo alcune tappe della risposta allo *stress* sessualmente dimorfe (Kirschbaum et al, 1993; Kirschbaum et al, 1996a; Kudielka et al, 1998; 2004, 2004a, 1999; Komesaroff et al, 1999, Heinrichs et al, 2001; 2002; Wu`st et al, 2000a; Schmidt-Reinwald et al, 1999; Argyropoulos et al, 2002; Kudielka e Kirschbaum, 2003; Dickerson e Kemeny, 2004; Federenko et al, 2004) (Kajantie e Phillips, 2006, Uhart et al, 2006; Evans et al, 2001); le donne, ad esempio, rispondono maggiormente a test che sottintendono un rifiuto sociale (Stroud et al, 2002). Inoltre, si deve tener conto della fase di recupero dallo *stress* e della personalità del soggetto mediante la scelta del test che implica la cosiddetta "*ecological validity*".

Non disponiamo di un *biomarker* universale, e già la scelta di dosarlo nel sangue, nella saliva e nell'urina è un tema di discussione e di ricerca. Ad esempio il cortisolo ematico basale è più alto nei giovani uomini in confronto alle donne di pari età (Collins e Frankenhaeuser et al, 1978, 1980; Forsman e Lundberg, 1982; Lundberg, 1983; Polefrone e Manuck, 1987; Stoney et al, 1987; Kirschbaum et al, 1992, 1995), mentre quello salivare, nella donna, varia in funzione del ciclo, essendo simile all'uomo nella fase luteale, ma non nella fase follicolare e dopo l'assunzione di contraccettivi orali (Kirschbaum et al, 1999). Problemi analoghi si hanno con l'ACTH, (Kirschbaum et al, 1999).

La risposta a queste domande non ha risvolti solo teorici ma è essenziale per costruire norme che seguano il principio etico dell'equità di genere, poiché non vi può essere equità nel campo della salute senza conoscenza.

In conclusione, è necessario studiare sistematicamente le differenze e le somiglianze allo *stress* nelle differenti età e nelle varie fasi della vita dell'uomo e della donna, che hanno ruoli sociali, attività e substrati biologici diversi, con metodologie che prevedano un'accurata validazione dei metodi adottati, sia per quanto riguarda la misurazione che la trasferibilità, in considerazione del fatto che è questo il sistema che ci permette di adattarci alle variazioni ambientali e quindi ai ruoli sociali.

Studio delle differenze-somiglianze sesso/genere nello sviluppo umano.

Questo tema è di grande interesse scientifico e pratico: infatti, da una parte le differenze di genere iniziano in utero e, dall'altra, il sesso del nascituro può influenzare la gravidanza. Ad esempio, le donne che partoriranno un maschio hanno un rischio maggiore di sviluppare diabete gestazionale (Di Renzo et al, 2007).

L'intero processo di sviluppo è influenzato da trattamenti farmacologici (Bagley e Hayes 1983, Ment 2004; 2006), dalle sostanze d'abuso (cocaina, fumo, eroina, alcol), da fattori metabolici (Barker, 2000; Godfrey e Barker; 2001; Hales e Barker, 1992, Armitage et al, 2004; Loizzo et al, 2006), dalle cure materne e dallo *stress*/ansia in gravidanza (Kapoor et al, 2006, de Weerth e Buitelaar, 2005). Alla base di ciò sembra esserci un'alterazione dell'HPAA; uno studio recente ha evidenziato una relazione positiva tra ansia prenatale della madre ed i livelli di cortisolo salivari dei bambini di 5 anni (Kapoor et al, 2006). Alcuni autori ritengono che tali modificazioni siano trasmissibili da una generazione all'altra (de Weerth e

Buitelaar, 2005; Seghieri et al, 2002). I dati presenti in letteratura suggeriscono che la plasticità dello sviluppo possa essere genere-dipendente (Sugden e Holness, 2002, Ozanne e Hales, 1999; Ment et al, 2006; Legato et al, 2004; Spinillo et al, 1994; Quinones et al, 2005).

Differenze di genere sono note in pediatria: ad esempio, i bambini si ammalano principalmente di malattie respiratorie ed asma, mentre le bambine sono più suscettibili alla celiachia, all'insulino resistenza ed al diabete di tipo 2 (Stabell Benn e Aaby, 2007). Differenze di genere sono state rilevate anche nelle reazioni a vaccino. La somministrazione dell'high-titre Edmonston-Zagreb measles, un vaccino antimorbilloso, aumenta, infatti, la mortalità nelle bambine ma non nei bambini (Knudsen et al, 1996; Aaby et al, 1993; Aaby et al, 2004; Aaby et al, 2002). Differenze di genere si sono messe in evidenza anche con la supplementazione di vitamina A (Fawzi et al 1993, Benn et al 2003; Sommer et al, 1986, Humphrey et al, 1996; Rahmathullah et al, 2003, Benn et al, 2005, Benn et al, 1997).

Anche per le possibili conseguenze a distanza, diventa necessario studiare ogni singolo vaccino ed ogni singola molecola in funzione del genere considerando il dosaggio ed il *timing* della somministrazione. Inoltre, questi tipo di studi deve comprendere le ripercussioni sulla vita adulta vista la possibilità di trasmissione alla futura generazione.

2.7 Considerazioni generali di ordine metodologico per la ricerca di genere

Lo studio che prende in considerazione la tematica “genere” deve affrontare notevoli problemi metodologici, che riguardano il disegno sperimentale, il numero dei campioni, i modelli animali di malattia e la loro trasferibilità a livello umano. Poiché nella tematica di genere sono compresi i rapporti sociali, si devono approntare modelli che considerino le interazioni fra gli individui (anche considerando i comportamenti animali). La questione metodologica non si limita agli studi in vivo ma si estende anche a quelli in vitro come vedremo qui di seguito.

Modelli di malattia

Fino ad oggi non si è considerato sufficientemente il problema della trasferibilità per quanto riguarda il genere. Un esempio tipico è il diabete mellito di tipo 2, una delle pandemie del III millennio. I modelli di malattia più utilizzati sono quelli dei roditori, ma se si esamina attentamente la letteratura ci si accorge che, indipendentemente dal modello usato, il roditore maschio si ammala, mentre la femmina è estremamente resistente (Franconi et al, 2008, Franconi et al, 2007a). Si sottolinea che mentre sono le donne che muoiono maggiormente in seguito alle complicanze cardiovascolari del diabete, i farmaci antidiabetici sono studiati nei roditori.

Dunque è il momento di trovare modelli animali di malattia che siano trasferibili in una prospettiva di genere. La disponibilità e la creazione dei modelli è punto centrale perché si arrivi ad una corretta ricerca in una prospettiva di genere.

Studio di modelli appropriati per esperimenti in vitro ed in vivo.

La maggior parte degli studi pre-clinici è stata effettuata su animali maschi e, seppure siano stati utilizzati anche animali di sesso femminile, non si è mai considerata la complessità della vita femminile. La ricerca nella prospettiva di genere implica lo studio delle varie fasi riproduttive e del ciclo mestruale, con conseguente aumento nei campioni necessari.

Per quanto riguarda gli studi in vitro (cellule, enzimi ecc) difficilmente si conosce il sesso da cui è stato ottenuto il materiale (Franconi et al, 2007; Malorni et al, 2007), mentre vi sono segnalazioni che le cellule possano mantenere la memoria di essere femmine e maschi (Malorni et al 2008).

Questa situazione dovrebbe essere rapidamente superata e, pertanto, si propongono delle raccomandazioni per i ricercatori, per effettuare la ricerca in un'ottica di genere. L'adesione alle raccomandazioni dovrebbe essere requisito fondamentale per fondi erogati da enti pubblici.

Trattamenti farmacologici e genere

La problematica è apparsa di così grande interesse che la Food and Drug Administration (FDA), nel 1994, ha creato l'Office of Women, con lo scopo di promuovere la salute della donna, favorendo la sua

inclusione negli studi clinici e l'individuazione delle differenze biologiche che sono alla base delle differenze relative ai trattamenti.

Questo interesse è collegato al fatto che le donne sono le più grandi consumatrici di farmaci e le reazioni avverse sono più frequenti e più gravi nelle donne (Franconi et al, 2007). Probabilmente alla maggior gravità ed alla maggiore frequenza di reazioni avverse nelle donne concorrono tutta una serie di fattori, quali il sovradosaggio, le differenze farmacodinamiche e farmacocinetiche, la loro esclusione dai trials, la politerapia.

Nonostante i farmaci siano stati poco studiati in funzione del genere, sono emerse numerose differenze farmacocinetiche e farmacodinamiche, che non sempre però risultano in diversi *outcomes*, poiché la carenza di specifiche analisi di genere e il basso numero delle donne reclutate potrebbero occultare sia le differenze che le somiglianze (Franconi et al, 2007).

Partecipazione agli studi clinici

Negli ultimi anni si è ridotto il divario nell'arruolamento della fase 3, ma le donne rimangono ancora sottorappresentate nella fase 1 e 2. Purtroppo dobbiamo anche rilevare che raramente gli studi clinici sono disegnati in maniera da permettere un'analisi di genere. Inoltre, l'assenza delle donne nei *trials* clinici non dipende solo dallo sponsor, infatti come ha ben evidenziato Ding et al (2007) vi è una certa resistenza delle donne a partecipare agli studi clinici, per il tempo necessario alla partecipazione, per la scarsa attenzione da parte dei reclutatori alle necessità psicologiche e pratiche delle donne.

Una delle ragioni che hanno impedito il reclutamento delle donne negli studi clinici è la paura degli effetti teratogeni degli stessi effetti che sembrano, almeno in parte, genere dipendente (Franconi et al 2007). Paradossalmente ciò non ne impedisce il consumo, che fra l'altro è influenzato in maniera notevole da fattori sociali e culturali (De Vigan et al, 1999), e che probabilmente aumenterà anche in funzione delle gravidanze sempre più tardive. Eppure la gravidanza è un periodo molto particolare dove si deve tener conto della placenta, delle profonde modificazioni del corpo femminile, che sono funzione dell'epoca della gravidanza, che possono a loro volta influenzare tutti i parametri farmacocinetici (Elkayam, 1997; Krauer, 1987; Mattison et al, 1991, Anderson, 2005). Inoltre, si deve considerare che la placenta possiede enzimi di fase I e II e che le CYP placentari sono diverse da quelle epatiche (Welch et al, 1968; Hakkola et al, 1996; Hakkola et al, 1998; Karl et al, 1988; Pasanen, 1999; Smelt et al. 2000; Collier et al 2000; Collier et al, 2002, 2002, Vickers e Brackley, 2002) pur essendo inducibili, come CYP1A1 che viene indotta dal tabacco e da altre sostanze d'abuso (Paakki et al, 2000, 2000a; Pasanen et al, 1990, Boyce et al, 1975), essendo soggetti a polimorfismi genetici (Myllynen et al, 2005).

Le variazioni ormonali indotte dalla gravidanza possono modificare numerosi target, basti pensare al ruolo degli estrogeni sui sistemi del dolore.

Le precedenti osservazioni indicano che è tempo di pensare non *solo in termini di tossicità verso il feto, ma anche di efficacia e sicurezza nei confronti della madre*. Per quanto riguarda la gravidanza, appare opportuno l'istituzione di registri, in analogia a quanto già fatto per i farmaci anti- HIV, ad altri farmaci.

Comitati etici

I comitati etici dovrebbero porre attenzione alla equità di genere nella ricerca clinica e una maggiore inclusione di donne potrebbe facilitare un'attenzione maggiore alle tematiche di genere.

In conclusione, le precedenti considerazioni suggeriscono che è opportuno procedere all'identificazione dei bersagli farmacologici in funzione del genere, nonché procedere a studi di farmacocinetica genere-specifici. Questi studi dovrebbero essere eseguiti tenendo conto dei suggerimenti e raccomandazioni riportati, in particolare tenendo conto che si dovrebbero studiare i farmaci in tutte le fasi della vita della donna

Per quanto riguarda gli studi clinici, si dovrebbe incentivare e promuovere l'arruolamento delle donne, favorendone la permanenza con i suggerimenti riportati.

2.8 Educazione ed informazione

Si propone di organizzare corsi ECM sulla tematica in questione per medici e farmacisti e la divulgazione delle informazioni alla popolazione generale.

La tematica di genere dovrebbe essere inclusa nei curricula di tutte le professioni sanitarie.

2.9 Suggerimenti e raccomandazioni per l'arruolamento e la permanenza delle donne negli studi clinici

- Disegnare studi che permettono l'analisi di genere;
- includere le donne negli staff che progettano gli studi per educare i reclutatori e per migliorare la preparazione del materiale relativo allo studio allo scopo di aumentare la permanenza delle donne;
- predisporre la disponibilità di persone e di strutture che si prendano cura dei bambini e degli anziani, così come l'adozione di orari più flessibili, l'aiuto a raggiungere i centri, l'offerta - ove possibile - di essere seguite a casa, potrebbero aumentare la partecipazione e la permanenza delle donne;
- una maggiore attenzione alle problematiche psicologiche delle donne attraverso un contatto diretto costante, la conquista della loro fiducia (evitare di farle sentire cavie) aumenta la permanenza delle donne;
- fornire alle donne partecipanti ai trials un rimborso delle spese attualmente non coperte dallo sponsor (spese di trasporto, pagamento di persone che devono prendersi cura dei bambini e degli anziani ecc.); infatti un'indagine Gallup, nel campo degli oncologi, ha rivelato che la non rimborsabilità porta ad escludere il 29% delle persone.

2.10 Raccomandazioni per i ricercatori sperimentali

- Per le femmine indicare la fase del ciclo mensile, se primipara, l'eventuale numero di gravidanze, se in menopausa ecc.;
- per gli esperimenti in vitro riportare l'origine del materiale biologico tenendo conto del punto precedente;
- progettare la sperimentazione animale considerando animali femmine trattate o non trattate con associazioni estro-progestiniche (in considerazione del fatto che 1/3 della popolazione femminile assume tale associazioni in varie fasce di età);
- esecuzione degli esperimenti in particolari momenti critici della vita (gravidanza, puerperio) non solo nell'ottica di evitare il danno al prodotto del concepimento, ma anche con quella di offrire alla donna la migliore cura possibile, prendendo in considerazione la variabile del sesso del bambino;
- messa a punto di modelli sperimentali che tengano conto delle differenze di sesso/genere e della loro trasferibilità;
- messa a punto di modelli che considerino le interazioni degli animali tra loro;
- costruzione di una banca dati dei risultati in vitro al fine di rendere applicabile la metodologia della meta-analisi;
- raccolta e analisi dei dati in maniera genere specifica:

Le suddette raccomandazioni potrebbero essere incluse nei bandi della ricerca finalizzata del Ministero della Salute.

Bibliografia

Aaby P, Garly ML, Balé C et al Routine vaccinations and child survival in war situation with high mortality: Effect of gender. *Vaccine* 2002;21:15-20.

Aaby P, Jensen H, Rodrigues A et al Divergent female-male mortality ratios associated with different routine vaccinations among female-male twin pairs. *Int J Epidemiol* 2004;33:367-73.

Aaby P, Samb B, Simondon F et al Divergent mortality for male and female recipients of low-titre and high-titre measles vaccines in rural Senegal. *Am J Epidemiol* 1993;138:746-55

Anderson GD Sex and racial differences in pharmacological response: where is the evidence? *Pharmacogenetics, pharmacokinetics, and pharmacodynamics. J Women Health* 2005; 14: 19-29.

Annandale E, Hunt K Gender inequalities in health. Buckingham: Open University Press, 2000

Argyropoulos SV, Bailey JE, Hood H et al. Inhalation of 35% CO₂ results in activation of the HPA axis in healthy volunteers. *Psychoneuroendocrinology* 2002, 27, 715–729.

Armitage JA, Khan IY, Taylor PD, Nathanielsz PW, Poston L Developmental programming of the metabolic syndrome by maternal nutritional imbalance: how strong is the evidence from experimental models in mammals? *J Physiol* 561: 355-377, 2004.

Bagley DM, Hayes JR. Neonatal phenobarbital administration results in increased cytochrome P450-dependent monooxygenase activity in adult male and female rats. *Biochem Biophys Res Commun* 114:1132-1137, 1983.

Baldanza A, Carnevali F, Casadei G, Chironi TM (Ed.). *Discriminazione e sperequazione: sommatoria di due fenomeni per le donne in ENEA*. Roma: ENEA Comitato Pari Opportunità; 2000.

Barker DJP, ed. *Fetal origins of cardiovascular, lung disease*. New York: National Institutes of Health, 2000.

Batenson P, Barker D, Clutton-Brock T et al Developmental plasticity and human health. *Nature* 430:

Becker JB, Arnold AP, Berkley KJ, Blaustein JD, Eckel LA, Hampson E, et al. Strategies and methods for research on sex differences in brain and behaviour. *Endocrinology* 2005;146:1650-1673

Benn CS, Aaby P, Balé C et al. Randomised trial of effect of vitamin A supplementation on antibody response to measles vaccine in Guinea- Bissau, West Africa. *Lancet* 1997;350:101-5.

Benn CS, Bale C, Sommerfelt H et al. Hypothesis: Vitamin A supplementation and childhood mortality: amplification of the non-specific effects of vaccines? *Int J Epidemiol* 2003;32:822-8.

Benn CS, Martins C, Rodrigues A et al. Randomised study of the impact of different doses of vitamin A on childhood morbidity and mortality. *BMJ* 2005;331:1428-32

Berkman LF, Kawachi I, editors. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000.

Birke L, Vines G Beyond nature versus nurture: process and biology in the development of gender. *Women Stud Int Forum* 1987, 10:555-570.

Boyce A, Schwartz D, Hubert C, Cedard L, Dreyfus J. Smoking, human placental lactogen and birth weight. *Br J Obstet Gynaecol* 1975;82:964

Brown ES, Varghese FP, McEwen BS Association of depression with medical illness-does cortisol play a role? *Biol. Psychiatry* 2004;55, 1–12

Cadore RJ, Cain CA, Crowe RR: Evidence for gene-environment interaction in the development of adolescent antisocial behavior. 1983, 13(3):301-310.

Canetti L, Bachar E, Galili-Weisstub E, De-Nour AK, Shalev AY. 1997. Parental bonding and mental health in adolescence. *Adolescence* 32:381–394

Collier AC, Ganley NA, Tingle MD, Blumenstein M, Marvin KW, Paxton JW, et al. UDP-glucuronosyltransferase activity, expression and cellular localization in human placenta at term. *Biochem Pharmacol human placenta at term. Biochem Pharmacol* 2002a;63:409

Collier AC, Tingle MD, Keelan JA, Paxton JW, Mitchell MD. A highly sensitive fluorescent microplate method for the determination of UDPglucuronosyl transferase activity in tissues and placental cell lines. *Drug Metab Dispos* 2000;28:1184;

Collier AC, Tingle MD, Paxton JW, Mitchell MD, Keelan JA. Metabolizing enzyme localization and activities in the first trimester human placenta: the effect of maternal and gestational age, smoking and alcohol consumption. *Hum Reprod* 2002;17:2564;

Collins, A., Frankenhaeuser, M., 1978. Stress responses in male and female engineering students. *J. Human Stress* 4 (2), 43–48

Connell RW: Theorising gender. *Sociol* 1985, 19(2):260-272.

De Bellis MD. 2002. Developmental traumatology: A contributory mechanism for alcohol and substance use disorders. *Psychoneuroendocrinology* 27:155–170.

De Vigan C., H. E. K. De Walle, S. Cordier, e al Therapeutic Drug Use During Pregnancy: A Comparison in Four European Countries J CLIN EPIDEMIOLOG 52;10:977–982, 1999

de Weerth, C., Buitelaar, J.K., 2005. Physiological stress reactivity in human pregnancy-a review. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 29, 295–312.

Di Renzo GC, Rosati A, Sarti RD, Cruciani L, Cutuli AM. Does fetal sex affect pregnancy outcome? *Gend Med.* 2007 Mar;4(1):19-30.

Dickerson, S.S., Kemeny, M.E., 2004. Acute stressors and cortisol responses: a theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychol. Bull.* 130, 355–391.

Ding EL, Powe NR, Manson JE, Sherber NS, Braunstein JB. Sex differences in perceived risks, distrust, and willingness to participate in clinical trials: a randomized study of cardiovascular prevention trials. *Arch Intern Med.* 2007;167:905-12

Dwyer, D., & Bruce, J. (1988). *A home divided: women and income in the third world.* Stanford, CA: Stanford University Press

Earle, T.L., Linden, W., Weinberg, J 1999. Differential effects of harassment on cardiovascular and salivary cortisol stress reactivity and recovery in women and men. *J. Psychosom. Res.* 46, 125–141.

Elkayam U, in *Heart Disease* ed Braunwald E, WB Saunders Co. Philadelphia, pag 1843, 1997

Emslie C, Hunt K, Macintyre S Problematizing gender, work and health: the relationship between gender, occupational grade, working conditions and minor morbidity in fulltime bank employees. *Social Science and Medicine* 1999, 48(1):33-48.

Evans JM, Ziegler MG, Patwardhan AR et al Gender differences in autonomic cardiovascular regulation: spectral, hormonal and hemodynamic indexes. *J. Appl. Physiol.* 2001, 91, 2611–2618.

Fawzi WW, Chalmers TC, Herrera MG et al. Vitamin A supplementation and child mortality. A meta-analysis. *JAMA* 1993;269:898-903.

Federenko, I., Wu¨st, S., Hellhammer, D.I., Dechoux, R., Kumsta, R., Kirschbaum, C., 2004. Free cortisol awakening responses are influenced by awakening time. *Psychoneuroendocrinology* 29, 174–184.

Figà Talamanca I, Pagano R Disoccupazione e salute: che cosa dicono le statistiche italiane. *Epidemiologia e Prevenzione*; 1988; 34: 50-53.

Forsman L, Lundberg U. Consistency in catecholamine and cortisol excretion in males and females. *Pharmacol BiochemBehav.* 17, 555–562,1982

Franconi F, Brunelleschi S, Steardo L, Cuomo G. Gender differences in drug responses. *Pharmacol Res* 55, 81-95, 2007

Franconi F, Carru C, Canu S, and Seghieri G Targeting gender difference in the introduction of new drugs for diabetes mellitus and metabolic disorders. *Recent Patents on Endocrine, Metabolic & Immune Drug Discovery* 1, 152, 2007a.

Franconi F, Seghieri G, Canu S, Straface E, Campasi I, Malorni W. Are the available experimental models of type 2 diabetes appropriate for a gender perspective? *Pharmacol Res*, 2008

Frankenhaeuser, M., Lundberg, U., Forsman, L., 1980. Dissociation between sympathetic–adrenal and pituitary–adrenal responses to an achievement situation characterized by high controllability: comparison between type A and type B males and females. *Biol. Psychol.* 10 (2), 79–91.

Frankenhauser M et al. *Women, Work and Health. Stress and Opportunities.* Plenum Press, New York, 1991.

Gilmer WS, McKinney WT. 2003. Early experience and depressive disorders: Human and non-human primate studies. *J Affect Disord* 75:97–113.

Glynn LM, Wadhwa PD, Dunkel-Schetter C et al When stress happens matters: effects of earthquake timing on stress responsivity in pregnancy. *Am J Obstetr Gynecol* 184,637–42, 2001.

Godfrey KM Barker DJ. Fetal programming and adult health. *Public Health Nutr* 4: 611-624, 2001.

Gordon HW Early environmental stress and biological vulnerability to drug abuse. *Psychoneuroendocrinology* 27:115–126, 2002.

Gouldsborough I, Lindop GB, Ashton N Renal renin-angiotensin system activity in naturally reared and cross-fostered spontaneously hypertensive rats. *Am J Hypertens*, 16:864-9. 2003

Hakkola J, Pelkonen O, Pasanen M, Raunio H. Xenobiotic-metabolizing cytochrome P450 enzymes in the human fetoplacental unit: role in intrauterine toxicity. *Crit Rev Toxicol* 1998; 28:35;

Hakkola J, Raunio H, Purkunen R et al. Detection of cytochrome P450 gene expression in human placenta in first trimester of pregnancy. *Biochem Pharmacol* 1996;52:379

Heim C, Ehlert U, Hellhammer DH The potential role of hypocortisolism in the pathophysiology of stress-related bodily disorders. *Psychoneuroendocrinology* 25, 1–35. 2000.

Heinrichs, M., Meinschmidt, G., Neumann, I et al Effects of suckling on hypothalamic-pituitary-adrenal axis responses to psychosocial stress in postpartum lactating women. *J Clin Endocrinol Metab* 86, 4798–4804, 2001.

Hibbard JH, Pope CR Another look at sex differences in the use of medical care: illness orientation and the types of morbidities for which services are used. *Women Health* 11, 21-36. 1986.

Hojo R et al, *Environ Health Perspect* 110, 247, 2002.

Holdcroft A, Berkley KJ. Sex and Gender Differences in Pain and its hypothalamus. *Proc Nat Acad Sci* 2006;102:14907-12.

Humphrey JH, Agoestina T, Wu L et al. Impact of neonatal vitamin A supplementation on infant morbidity and mortality. *J Pediatr* 1996;128:489-96.

Hunt K, Sweeting H, Keogh M, Platt S: Sex, gender role orientation, gender role attitudes and suicidal thoughts in three generations. A general population study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006, 41:641-647.

Kajantie E, Dunkel L, Turpeinen U et al Placental 11 β hydroxysteroid dehydrogenase-2 and fetal cortisol/cortisone shuttle in small preterm infants. *J Clin Endocrinol Metab* 2003;88, 493–500.

Kajantie E, Eriksson J, Osmond, C et al Size at birth, the metabolic syndrome, and 24-hour salivary cortisol profile. *Clin. Endocrinol* 2004, 60, 201–207

Kajantie E. Phillips DIW *Psychoneuroendocrinol* 2006, 31, 151–178

Kapoor A et al *J Physiol.* 2006;572;31-44;

Karl PI, Gordon BH, Lieber CS, Fisher SE. Acetaldehyde production and transfer by the perfused human placental cotyledon. *Science* 1988; 242:273

Kauppinen K, Kandolin I. Gender and working conditions in the European Union. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 1998.

Kelly MJ, Lever ER. Rapid actions of plasma membrane estrogen receptors. *Trends Endocrinol Metab* 2001;12:152-6.

Kirschbaum C, Klauer T, Filipp S, Hellhammer DH., Sex-specific effects of social support on cortisol and subjective responses to acute psychological stress. *Psychosom. Med.* 57, 23–31. 1995.

Kirschbaum C, Kudielka BM, Gaab J et al 1999. Impact of gender, menstrual cycle phase, and oral contraceptives on the activity of the hypothalamus-pituitary-adrenal axis. *Psychosom. Med.* 61, 154–162.

Kirschbaum C, Pirke KM, Hellhammer DH The Trier Social Stress Test—a tool for investigating psychobiological stress responses in a laboratory setting. *Neuropsychobiology* 28, 76–81, 1993.

Kirschbaum C, Schommer N, Federenko I et al Short-term estradiol treatment enhances pituitary-adrenal axis and sympathetic responses to psychosocial stress in healthy young men. *J Clin Endocrinol Metab* 81, 3639,1996

Kirschbaum C, Wust S, Hellhammer D. Consistent sex differences in cortisol responses to psychological stress. *Psychosom. Med.* 54, 648–657. 1992.

Knudsen KM, Aaby P, Whittle H et al. Child mortality following standard, medium or high titre measles immunization in West Africa. *Int J Epidemiol* 25:665, 1996

Komesaroff PA, Esler MD, Sudhir K, Estrogen supplementation attenuates glucocorticoid and catecholamine responses to mental stress in perimenopausal women. *J Clin Endocrinol Metab* 84, 606,1999.

Krauer B, *Pharmacokinetics in Teratogenesis* eds Nau H, Scott WJ Boca Raton CRC Press vol 1, pag 3, 1987;

Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol* 2001; 30: 668-670.

Kudielka B.M. et al HPA axis responses to laboratory psychosocial stress in healthy elderly adults, younger adults, and children: impact of age and gender. *Psychoneuroendocrinology* 29 (2004) 83–98

Kudielka, B.M., Buske-Kirschbaum, A., Hellhammer, D.H., Kirschbaum, C., 2004a. Differential heart rate reactivity and recovery after psychosocial stress (TSST) in health children, younger adults, and elderly adults: the impact of age and gender. *Int. J. Behav. Med.* 11, 116–121.

Kudielka BM, Hellhammer J, Hellhammer DH et al 1998. Sex differences in endocrine and psychological responses to psychosocial stress in healthy elderly subjects and the impact of a 2-week dehydroepiandrosterone treatment. *J. Clin. Clin.*

Kudielka, B.M., Kirschbaum, C., 2003. Awakening cortisol responses are influenced by health status and awakening time but not menstrual cycle phase. *Psychoneuroendocrinology* 28, 35–47.

Kudielka, B.M., Kirschbaum, C., 2005. Sex differences in HPA axis

Langbehn DR, Cadoret RJ, Caspers K, Troughton EP, Yucuis R. Genetic and environmental risk factors for the onset of drug use and problems in adoptees. *Drug Alcohol Depend* 69:151, 2003.

Langeland W, Draijer N, van den Brink W. 2004. Psychiatric comorbidity in treatment-seeking alcoholics: The role of childhood trauma and perceived parental dysfunction. *Alcohol Clin Exp Res* 28:441–447.

Langeland W, Hartgers C. 1998. Child sexual and physical abuse and alcoholism: A review. *J Stud Alcohol* 59:336–348.

Legato MJ. *Principles of gender-specific medicine.* Amsterdam, Elsevier Academic Press, 2004

Levi L, Lunde-Jensen PA model for assessing the costs of stressors at national level. *Socioeconomic costs of work stress in two EU Member States.* Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 1997.

Loizzo S. Loizzo, G. Galietta, S. Caiola, S. Spampinato, G. Campana, G. Seghieri, G. Ghirlanda F. Franconi. Overweight, and metabolic and hormonal parameters disruption, are induced in adult male mice by manipulations during lactation period. *Ped Res* 59:111-115; 2006.

Lundberg, U., 1983. Sex differences in behaviour pattern and catecholamine and cortisol excretion in 3–6 year old day-care children. *Biol. Psychol.* 16 (1–2), 109–117.

Macdonald JJ. *Environments for health.* London: Earthscan, 2005. Dahlquist G. The aetiology of type 1 diabetes: an epidemiologicalperspective. *Acta Paediatr Suppl* 1998; 425: 5-10.

Macintyre S et al Do women 'over-report' morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. *Social Science & Medicine* 48 (1999) 89±98

Malorni W, Campasi I, Straface E, Vella S, Franconi F Redox features of the cell: a gender perspective. *Antioxidants & Redox Signaling* 9:1779, 2007

Malorni W, Straface E, Matarrese P, Ascione B, Coinu R, Canu S, Galluzzo P, Marino M, Franconi F Redox state and gender differences in vascular smooth muscle cells. *FEBS lett in press*

Marmot M, Wilkinson RG. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press, 1999.

Marmot M. The social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005; 365: 1099-1104.

Mattison DR et al, *Fundam Appl Toxicol* 16, 215, 1991

McClintock M Estrous synchrony: modulation of ovarian cycle length by female pheromones. *Physiol Behav* 1984;32:701-705.

McDonough P, Walters V. Gender and health: reassessing patterns and explanations. *Social Science Med* 52, 2001, 547-559.

Ment LR, Peterson BS, Meltzer JA et al A functional magnetic resonance imaging study of the long-term influences of early indomethacin exposure on language processing in the brains of prematurely born children. *Pediatrics* 2006, 118, 961-970.

Mirowsky J, Ross CE Sex differences in distress: real or artifact?. *American Sociological Review*, 60, 449-468, 1995.

Moore C, Power K Variation in maternal care and individual differences in playing exploration, and grooming of juvenile Norway rat offspring. *Develop Psychobiol* 1992, 25:165-182.

Moore CL 1982 Maternal behavior of rats is affected by hormonal condition of pups. *J Comp Physiol Psychol* 96:123-129.

Moore CL, Moralli GA Mother rats interact differently with male and female offspring. *J Comp Physiol Psychol* 1979,93:677-684.

Moore CL A hormonal basis for sex differences in the self-grooming of neuronal activity in neonatal cultures of ventromedial nucleus of the rats. *Horm Behav.* 1986;20:155-65.

Morgan DHJ Gender. In: *Key variables in social investigation*. Edited by Burgess RG. London: Routledge & Kegan Paul; 1986:31-53.

Murray CJL, Lopez AD Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997, 349:1498-1504.

Myllynen P, Pasanen M, Pelkonen O Human Placenta: a Human Organ for Developmental Toxicol Res *Biomonitoring Placenta* 26, 361, 2005,

Nilsson KW, Sjöberg RL, Damberg M et al, Role of the serotonin transporter gene and family function in adolescent alcohol consumption. *Alcohol Clin Exp Res* 29:564-570, 2005

Otte C, Hart, S., Neylan, T.C et al A meta-analysis of cortisol response to challenge in human aging: importance of gender. *Psychoneuroendocrinol* 30, 80-91, 2005,

Ozanne SE, Hales CN. The long-term consequences of intra-uterine protein malnutrition for glucose metabolism. *Proc Nutr Soc* 58: 615-619, 1999.

Paakki P, Kirkinen P, Helin H et al Antepartum glucocorticoid therapy suppresses human placental xenobiotic and steroid metabolizing enzymes. *Placenta* 2000;21:241

Paakki P, Stockmann H, Kantola M et al. Maternal drug abuse and human term placental xenobiotic and steroid metabolizing enzymes in vitro. *Environ Health Perspect* 2000a;108:141

Papanek, H. (1990). To each less than she needs, from each more than she can do: allocations, entitlements and value.

Pasanen M, Haaparanta T, Sundin M et al. Immunochemical and molecular biological studies on human placental cigarette smoke-inducible cytochrome P-450-dependent monooxygenase activities. *Toxicology* 1990;62:175

Pasanen M. The expression and regulation of drug metabolism in human placenta. *Adv Drug Deliv Rev* 1999;38:81;

Phillips DIW, Barker, DJP, Fall CHD et al 1998. Elevated plasma cortisol concentrations: a link between low birth weight and the insulin resistance syndrome? *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 83, 757-760.

Phillips DIW, Walker BR, Reynolds R, et al. Low birth weight predicts plasma cortisol concentrations in adults from 3 populations. *Hypertension* 2000, 35, 1301-1306.

Polefrone JM, Manuck SB Gender differences in cardiovascular and neuroendocrine response to stress. In: Barnett, R.S., Biener, L., Baruch, G.K. (Eds.), *Gender and stress*. The Free Press, New York, 1987.

Prakash P, Merali Z, Kolajova M et al Maternal factors and monoamine changes in stress-resilient and susceptible mice: cross-fostering effects. *Brain Res* 2006, 1111:122-33

Prentice AM, Jebb SA: Obesity in Britain – Gluttony or Sloth. *BMJ* 1995, 311:437-39.

Quinones J N et al Is fetal gender associated with adverse perinatal outcome in intrauterine growth restriction (IUGR)? *Am J Obst Gynecol* 2005, 193, 1233-7

Rahmathullah L, Tielsch J, Thulasiraj RD et al. Impact of supplementing newborn infants with vitamin A on early infant mortality: a community based randomised trial in southern India. *BMJ* 2003;327:254-9.

Rosengren A, Hawken S, Ôunpuu S, et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11,119 cases and 13,648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364: 953-962.

Schiff M, Duyme M, Dumaret A et al Intellectual status of working-class children adopted early into upper-middle-class families. *Science* 200(4349):1503-4.

Schmidt-Reinwald A, Pruessner JC, Hellhammer et al 1999. The cortisol response to awakening in relation to different challenge tests and a 12-hour cortisol rhythm. *Life Sci.* 64, 1653–1660.

Schobel HP, Fischer T, Heuszer K et al. Preeclampsia-a state of sympathetic overactivity. *N Engl J Med* 335, 1480, 1996

Schwartz AR, Gerin W, Davidson KW et al. Towards a causal model of cardiovascular responses to stress and the development of cardiovascular disease. *Psychosom Med* 65, 22–35, 2003

Seeman TE, McEwen BS. Rowe JW and Singerm BH. Allostatic load as a marker of cumulative biological risk: MacArthur studies of successful aging. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 98, 2001, pp. 4770–4775

Seghieri G, Anichini R, De Bellis, A, et al Relationship between gestational diabetes mellitus and low maternal birth weight. *Diabetes Care* 25, 1761, 2002

Smelt VA, Upton A, Adjaye J et al. Expression of arylamine N-acetyltransferases in pre-term placentas and in human pre-implantation embryos. *Hum Mol Genet* 2000;9:1101;

Smith AR et al *J Clin Endocrinol Metab* 83, 4498–4505, 1998

Sommer A, Tarwotjo I, Djunaedi E et al. Impact of vitamin A supplementation on childhood mortality. A randomised controlled community trial. *Lancet* 1986;1(8491):1169-73.

Spinillo A, Capuzzo E, Nicola S et al Interaction between fetal gender and risk factors for fetal growth retardation. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:1273-7.

Stabell Bennb C, Aaby,P Sex-differential responses to preventive health interventions *Dan Med Bull* 2007;54:153-4

Stoney CM, Davis MC, Matthews KA, Sex differences in physiological responses to stress and in coronary heart disease: A causal link? *Psychophysiology* 24, 127–131, 1987.

Stoney, C.M., Owens, J.F., Matthews, K.A., Davis, M.C., Caggiula, A., 1990. Influences of the normal menstrual cycle on physiologic functions durin

Stroud, L.R., Salovey, P., Epel, E.S., 2002. Sex differences in stress responses: social rejection versus achievement stress. *Biol. Psychiatr.* 52, 318–327.

Sugden MC, Holness MJ. Gender-specific programming of insulin secretion and action. *J Endocrinol* 175: 757-767, 2002.

Teicher MH, Andersen SL, Polcari A et al 2003. The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neurosci Biobehav Rev* 27:33–44.

Treiber FA, Kamarck T, Schneiderman, N et al Cardiovascular reactivity and the development of preclinical and clinical states. *Psychosom. Med.* 65, 46–62, 2003.

Tsigos C, Chrousos GP, 2002. Hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress: a review. *Biol. Psychol.* 69, 113–132.

Uhart M et al Gender differences in hypothalamic–pituitary–adrenal (HPA) axis reactivity *Psychoneuroendocrinol* 2006 31, 642–652

Umberson D, Chen MD, House et al Gender differences in relationships and psychological well-being. *Am Sociol Rev* 1996,61,837-857

Vahter M et al, Metals and women’s health *Envirom Res* 88, 145, 2002

Vickers M, Brackley K Drugs in pregnancy. *Curr Obstet Gynaecol* 2002, 12,131

Weiner CP, Buhimschi C, Swaan P Drug-prescribing challenges during pregnancy *Curr Obstetr Gynaecology* 2005, 15, 157–165

Welch RM, Harrison YE, Conney AH et al Cigarette smoking: stimulatory effect on metabolism of 3,4-benzpyrene by enzymes in human placenta. *Science* 1968;160:54;

West C, Zimmerman DH Doing gender. *Gender Soc* 1987, 1:125-151

Wizemann TM, Pardue M-L. (Eds) Exploring the biological contributions to human health. Does sex matter?? Institute of Medicine, National Academy Press 2001.

Wu`st S, Federenko I, Hellhammer DH, Kirschbaum C Genetic factors, perceived chronic stress, and the free cortisol response to awakening. *Psychoneuroendocrinology* 2000. 25, 707–720.

Yancura LA, 2007 American Psychological Association 115th Annual Meeting. August 17-20, 2007. medscape

Zahm Shelia Woar, Word M.H., Silverman D.T., Occupational Cancer. In *Woman and Health*. Goldman M.B. e Hatch M. (Editors), Academic Press New York 2000.

Zhou J, Pfaff DW, Chen G. Sex differences in estrogenic regulation of Relief. 5th Edition of ‘Wall and Melzack’s Textbook of Pain’ Chapter 75, Eds S. McMahon and M. Koltzenburg (Elsevier Churchill Livingstone, Edinburgh) 2006, 1181-1197

Salute sessuale e riproduttiva

A cura di

Giovan Battista Ascone, Roberta Giommi, Claudia Livi, Eleonora Porcu, Angela Spinelli, Marina Toschi, Silvia Vegetti Finzi

Gruppo di lavoro
“Salute sessuale e riproduttiva”

Coordinatori: Angela Spinelli, Marina Toschi

1. Premessa

Da molto tempo sia l'Organizzazione Mondiale della Sanità, che il dibattito internazionale mettono la salute sessuale e riproduttiva al centro di un vero progetto di salute.

I problemi emergenti rispetto alla sfera della sessualità e della riproduzione riguardano alcuni momenti della crescita e del ciclo vitale, da bambini ad adolescenti, e le fasi del percorso di vita in cui si fanno progetti e si gestiscono evoluzioni come la vita di coppia, il progetto nascita e le sue conseguenze sulla dimensione di coppia e della sessualità.

Gli altri problemi emergenti sono la tutela del sesso sicuro, ma anche la tutela della fertilità in modo che sia possibile proteggere i propri apparati e le scelte di sicurezza e custodia della fertilità.

Inoltre una buona educazione sessuale può permettere una contraccezione consapevole e la gestione intelligente dei rischi o dei rimedi di urgenza.

Si stanno determinando anche una serie di problemi di informazione e tutela rispetto alla varianza sessuale, omosessualità femminile e maschile, identità fragili e transgender. Non solo, ma l'aumento della esperienze sessuali in fasce di età molto precoci determina spesso una mancanza di competenza da un punto di vista della salute sessuale e della capacità relazionale.

Destano preoccupazione e richiedono una presenza adulta e una capacità di intervenire sui modelli di comportamento e sulla dipendenza, le attività in internet, agite da ragazzi e ragazze molto piccoli, come testimoniano i gruppi di lavoro della polizia su questi settori, che *chattano*, usano la webcam, vendono immagini, si confrontano con modelli sessuali pericolosi.

Il gruppo spesso rende eccessivamente disinvolute le prestazioni sessuali, quasi con una gara a chi ne sa di più, spesso in assenza di protezione e di piacere.

Altri problemi possono essere legati al conflitto tra femmine e maschi, alla mancanza di rispetto per scelte diverse, spesso al mancanza di rispetto per il corpo degli altri o per il proprio.

Tutti questi temi richiedono anche delle nuove metodologie e delle nuove acquisizioni tecniche come:

- 1) La mediazione sessuale: valutare e risolvere i conflitti usando la conversazione e la tecnica mediativa
- 2) La competenza alla soluzione dei problemi, rinforzando gli aspetti di consapevolezza e di acquisizione delle risorse
- 3) Il rinforzo dell'autostima e della consapevolezza di genere e di orientamento
- 4) La capacità degli adulti competenti di affrontare le emergenze in modo costruttivo e non solo punitivo
- 5) Il lavoro sulla coppia e sul ciclo vitale costruendo servizi adatti alla consapevolezza della domanda sessuologica e all'intervento precoce e pubblico dato che la consulenza in sessuologia si svolge in genere nel privato
- 6) I problemi di coppia legati alla procreazione medicalmente assistita dato che a livello psicologico si sono verificati nel tempo problemi legati al passaggio delle informazioni familiari, alla vita sessuale di coppia, al rifiuto composto tardi in desiderio rispetto al progetto di maternità

Tutti questi temi richiedono una riflessione e un progetto formativo che permetta alle figure presenti nei servizi che si occupano di queste tematiche, in particolare nei Consultori familiari, di dare vita a consolidati e nuovi interventi.

Le metodologie che possono essere usate sono state approvate a livello Internazionale ed Europeo.

Servizio sanitario di elezione per la salute sessuale e riproduttiva è il consultorio familiare. I Consultori familiari sono nati per garantire un servizio di assistenza, educazione e prevenzione, prevalentemente rivolto alla salute della donna, della coppia e della famiglia nelle diverse fasi della vita. Hanno rappresentato, fino dall'inizio, una modalità organizzativa adatta all'intervento sessuologico e riproduttivo perché ha sempre avuto una equipe multidisciplinare e la sessuologia e la riproduzione erano nominate fra le proposte di intervento nella legge che li ha istituiti (405 del 1975). Benché ora siano insufficienti, irregolarmente diffusi sul territorio, poco noti e scarsamente frequentati, costituiscono un patrimonio storico, la testimonianza di una comunità civile e rispettosa, un'istanza di libertà e di promozione della salute in senso allargato, cioè in termini di benessere fisico, psicologico e socio-ambientale. Oltre la loro carenza di numero e di organico, il problema è che molte di queste realtà hanno continuato a lavorare e aggiornare gli interventi, altre si sono invece chiuse e hanno ristabilito un ambito prettamente prestazionale e non di integrazione e cultura della tutela e del cambiamento.

Per proporre una modificazione, è importante elaborare quali sono per la sessuologia i campi di azione ed i servizi e come si possono prendere in considerazione nuove e vecchie realtà sia dal punto di vista preventivo che di intervento.

I terreni storici dove va ripreso l'intervento o consolidato sono:

A) Lo Spazio Giovani in Consultorio con la visita ginecologica, andrologica, l'accoglienza, l'educazione contraccettiva, i gruppi monotematici su temi diversi legati ai cambiamenti, la mediazione sessuale come comprensione e superamento dei conflitti di genere e legati alle differenze;

B) Il lavoro nelle scuole, possibilmente in ogni ordine e grado o, in caso di mancanza di personale, per la fascia di età ritenuta più importante; sarebbe utile scegliere almeno due momenti: i dodici anni, in modo da incontrare ragazzi e ragazze possibilmente prima dell'inizio della vita sessuale (potrebbe essere legato alla campagna per la vaccinazione dell'HPV) e i primi anni delle superiori. In questo tipo di intervento bisogna coinvolgere anche insegnanti e genitori affinché siano in grado di accogliere domande e di veicolare contenuti;

C) La consulenza sessuale da svolgere nello Spazio Giovani che, per tutto il resto della popolazione, nel Consultorio familiare. Il compito della consulenza è dare una risposta di base alla domanda sui problemi della sessualità. Per fare questo è necessaria una formazione specifica dei vari operatori presenti nelle equipe.

Non bisogna comunque dimenticare che molte delle scelte riproduttive sono condizionate dai contesti sociali. Il fatto che gli indici di natalità e fecondità siano, nel nostro Paese, tra i più bassi al mondo indica senza ombra di dubbio una situazione di malessere sociale.

Attualmente infatti le donne costituiscono la maggior parte dei disoccupati e dei giovani in attesa del primo lavoro; sono largamente prevalenti nelle famiglie monoparentali; sono quelle che più risentono della insufficienza dei salari, dei costi dell'abitazione, del pessimo funzionamento dei trasporti, della carenza di servizi pubblici.

Molte, a diversi livelli professionali, sono costrette a dimettersi per l'impossibilità di gestire contemporaneamente gli impegni familiari e di lavoro.

Non solo sono insufficienti i sostegni alla genitorialità, ma la maternità appare duramente penalizzata: prelicenziamenti, trasferimenti forzati, blocco della carriera, mobbing, preconcetta negazione del part-time e del telelavoro anche quando sarebbe nell'interesse della ditta, scarso uso dei congedi parentali. Le donne sono spesso considerate un pericolo dai datori di lavoro perché a "rischio di maternità". Tutto ciò a portato ai famosi cartelli delle giovani...*no work?.....no children!*

Se si vuole sostenere delle libere scelte riproduttive non basta pertanto affermare l'autodeterminazione delle donne, occorre anche creare le condizioni per permettere queste scelte per eventualmente decidere di concepire, portare a termine, dare alla luce e crescere figli nel modo migliore.

Il primo ostacolo a questo progetto, che nessuno in teoria contesta, è la solitudine delle donne, italiane ed immigrate.

Una solitudine che non può essere superata soltanto con gesti di libera, spontanea associazione, come avvenne nei decenni '70 - '80, perché i soggetti che l'avevano promossa e realizzata non ci sono più.

Protagoniste di quella stagione del femminismo furono per lo più donne che lavoravano nelle istituzioni pubbliche fruendo di orari di lavoro che lasciavano molto tempo a disposizione per altre attività.

Ora la miseria del tempo si è fatta imperante e tra doppio lavoro retribuito, carichi di famiglia e professionali, difficoltà di fruire dei servizi sanitari e sociali, crisi della coppia, ciascuna rimane chiusa nell'ambito ferreo delle sue necessità. La pressione dei bisogni di sopravvivenza è tale da lasciare ben poco spazio ai desideri.

Poche conoscono i loro diritti, poche possiedono le parole per dire il loro disagio e dar voce alle loro esigenze.

Il percorso del femminismo è rimasto interrotto perché le più giovani non ne avvertivano la necessità negli anni della scuola e poi si sono trovate ad affrontare inattese discriminazioni una volta nel mondo del lavoro, quando era ormai troppo tardi per condividere gli scacchi ed elaborare una strategia comune. A quel punto, le hanno divise l'instabilità, la precarietà o la competizione professionale, la spasmodica concentrazione delle "acrobazie" domestiche, piuttosto che la disgregazione del nucleo familiare.

Decisivo è stato anche lo smantellamento dei luoghi storici del femminismo: Case delle donne, Biblioteche, Archivi, aule delle “ 150 ore” , solo parzialmente sostituiti dagli scambi in Rete.

Mentre la decurtazione delle risorse pubbliche ha ridotto il numero del personale presente e l'efficienza dei Consulтори, il calo del tenore di vita non ha più consentito di transitare dall'una all'altra abitazione in modo da costituire una rete di scambi tra le città.

Per ovviare a questi inconvenienti sono prioritarie due mosse: rilanciare i Consulтори, organizzare una capillare diffusione di nuovi corsi di Educazione sessuale rivolti alla informazione e alla formazione dei giovani per quanto concerne l'identità sessuale, la relazione, i sentimenti, la prevenzione e la salute fisica e psichica.

La collaborazione e interazione reciproca tra Scuola e Consultorio, che potrebbe avvenire la prima volta in corrispondenza alla somministrazione della vaccinazione anti-Hpv alle dodicenni, permetterebbe di sensibilizzare le ragazze , non solo alla salvaguardia della salute, ma anche ai problemi che incontreranno più tardi, nell'esercizio della sessualità e della maternità.

Il Consultorio di zona, debitamente organizzato e sovvenzionato, può costituire un riferimento sicuro e costante, un luogo dove le donne possono trovare, secondo le varie fasi della vita, risposta ai loro bisogni di salute e di sicurezza, aiuto nei momenti di difficoltà, specifica formazione professionale, mediazione culturale. Se questa risorsa viene conosciuta e apprezzata può offrire anche una preziosa occasione per incontrarsi, fare gruppo, sostenersi a vicenda e mettere in comune saperi, esperienze e competenze, come dimostrato da alcune delle buone pratiche presentate di seguito.

In questo momento l'importante per le donne è uscire dall'isolamento, anche se questo comporta di trovarsi in poche, di conoscersi per la prima volta, di confrontarsi con punti di vista diversi, di proporre strategie non sempre convergenti.

L'unità delle donne è un obiettivo, non un punto di partenza e, a questo scopo, dovremmo imparare a mediare perché le posizioni integraliste isolano e contrappongono lasciando le cose come sono, cioè in pessimo stato. Ottenere gli obiettivi prioritari che abbiamo identificato, anche dopo la discussione con gruppi di donne organizzate, è quindi un obiettivo iniziale ma non derogabile.

Dopo un confronto sul web e in riunioni anche collegiali con altri gruppi di donne (Milano, Bologna, Firenze) il gruppo di lavoro ha deciso, vista l'ampiezza dei possibili temi da trattare nell'ambito della salute sessuale e riproduttiva, di identificare delle priorità e cominciare la propria attività da quelle prescelte. Per il primo anno sono state selezionate queste tre priorità:

- 1) **Consulтори familiari**
- 2) **Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) e contraccezione**
- 3) **Fertilità e Malattie trasmesse per via sessuale (MST)**

2. Dati esistenti

Consulтори familiari

Nel mese di dicembre 2007 il Ministero della Salute (Dip. Prevenzione Sanitaria – Ufficio X) ha ultimato una ricognizione anagrafica (aggiornata all'anno 2007) dei consulтори familiari e degli spazi giovani presenti sul territorio nazionale. Questo lavoro si è svolto in collaborazione con le Regioni e con alcune ASL, le quali hanno provveduto o in maniera autonoma o tramite l'incarico a terzi alla validazione della rilevazione del numero dei consulтори esistenti.

Solo due Regioni non hanno fornito dati aggiornati, in quanto anche per loro la rilevazione è in via di ultimazione.

Emerge in maniera significativa il fatto che queste strutture siano ancora in fase riorganizzativa, e per questo motivo si riscontrano frequentemente spostamenti di sede (indirizzi e telefoni). A breve questa banca dati verrà pubblicata sul sito del Ministero della Salute, con l'impegno da parte delle Regioni stesse a segnalarci di volta in volta eventuali cambiamenti da apportare (tab.1).

Il Tavolo Interregionale Materno-Infantile sta inoltre ultimando la bozza di scheda di rilevazione della attività dei consultori familiari. Lo scopo di tale scheda non è quello di recuperare esaustivamente tutte le attività svolte dai CF ma, da una parte, verificare la consistenza della forza operativa, dall'altra quanta attività è orientata secondo le raccomandazioni del Progetto Obiettivo Materno Infantile (che dovrebbe essere, in linea di principio, offerta attivamente).

L'attività di prima istanza/presa in carico viene rilevata per dare conto, fornire un'idea, della mole di lavoro che in ogni caso i CF svolgono e che dovrebbe essere riequilibrata secondo quanto indicato dal Progetto Obiettivo Materno Infantile.

Tab.1 Numero di consultori familiari per regione (anno 2007)

| REGIONE | CONSULTORI FAMILIARI | Con SPAZI GIOVANI |
|----------------|-----------------------------|--------------------------|
| ABRUZZO | 75 | 11 |
| BASILICATA | 35 | 19 |
| P.A. BOLZANO | 14 | 6 |
| CALABRIA | 72 | 35 |
| CAMPANIA | 170 | 42 |
| EMILIA-ROMAGNA | 204 | 30 |
| FRIULI VG | 31 | 3 |
| LAZIO | 164 | 46 |
| LIGURIA | 97 | 16 |
| LOMBARDIA | 151 | 42 |
| MOLISE | 7 | 2 |
| MARCHE | 71 | 11 |
| PIEMONTE | 179 | 41 |
| PUGLIA | 162 | 36 |
| SARDEGNA | 80 | 15 |
| SICILIA | 192 | 93 |
| TOSCANA | 240 | 47 |
| P.A. TRENTO | 21 | 2 |
| UMBRIA | 77 | 9 |
| VALLE D'AOSTA | 20 | 1 |
| VENETO | 124 | 46 |
| TOTALE | 2186 | 553 |

IVG e Contraccezione

E' ormai indubbio che dall'approvazione della Legge 194 del maggio 1978 il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) nel nostro Paese sia diminuito. Come si osserva, infatti, dai dati raccolti dal Sistema di sorveglianza epidemiologica dell'IVG, istituito e gestito dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in collaborazione con il Ministero della Salute, le Regioni e l'Istat, presentati nelle Relazioni annuali del Ministro della Salute, si è passati da circa 235mila IVG nel 1982-83 a circa 130mila nel 2005-2006 (Tab. 2). Anche il tasso di abortività (numero di IVG su 1000 donne in età 15-49 anni), principale indicatore del ricorso al fenomeno, è diminuito da 17 su mille donne nel 1982 a 9,4 su mille nel 2006 (1). Questo andamento non è imputabile ad un aumento dell'aborto clandestino. Infatti le stime ufficiali parlano di circa 20mila unità negli ultimi anni rispetto ai 100mila del 1983, pari a una riduzione dell'80%.

Ma non bisogna dimenticare che l'aborto esisteva anche prima della Legge 194 e molte donne sono morte a causa di ciò. Le stime dell'aborto in Italia negli anni precedenti la legalizzazione variavano da 200mila a 600mila, ma quelle più attendibili si attestavano su 350mila interventi l'anno.

Nel corso degli anni è andata aumentando nel nostro Paese la presenza della popolazione straniera. Questo fenomeno ha avuto una sua influenza anche sull'andamento dell'IVG. Se nel 1995 solo il 7% delle IVG (8.967 interventi) risultava essere effettuata da cittadine straniere, nel 2005 questo valore è salito al 30% (Tabella 2).

Inoltre si è osservato che queste donne ricorrono più frequentemente delle donne italiane all'IVG: il loro tasso di abortività risulta infatti quattro volte superiore a quello delle donne con cittadinanza italiana. Questo doppio effetto ha provocato una sostanziale stabilizzazione delle IVG in Italia negli ultimi 4-5 anni e nasconde la diminuzione presente tra le sole donne italiane. Infatti, considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane (e avendo cura di ripartire per cittadinanza i casi carenti nell'informazione di dettaglio) il dato risulterebbe essere 130.546 nel 1996, 113.656 nel 2000 e 94.095 nel 2005.

Tab 2. Andamento dell'abortività legale e clandestina in Italia, 1982-2006

| | 1982 | 1987 | 1991 | 1995 | 1999 | 2001 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006* | Var%82-06 |
|--------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-----------|
| IVG | 234.801 | 191.469 | 160.494 | 139.549 | 139.213 | 132.234 | 132.178 | 138.123 | 132.790 | 130.033 | - 44,6 |
| Tasso di abortività (per 1000) | 17,2 | 13,3 | 11,0 | 9,7 | 9,9 | 9,5 | 9,6 | 10,0 | 9,6 | 9,4 | - 45,3 |
| Aborti clandestini (stima) | n.d. | 85.000 | 60.000 | 43.500 | 22.500 | 21.000 | 20.000 | n.d. | n.d. | n.d. | - 79,0 |
| IVG cittad. straniere | n.r. | n.r. | n.r. | 8.967 | 18.806 | 25.094 | 31.836 | 36.323 | 37.973. | n.d. | +324 |

*dato provvisorio n.r.=dato non rilevato n.d.=dato non disponibile

La riduzione, sia dell'abortività legale che di quella clandestina, indica chiaramente che dalla legalizzazione la tendenza al ricorso all'aborto si è ridotta in modo significativo, molto probabilmente come conseguenza dell'aumentata competenza delle donne e delle coppie a regolare efficacemente la fecondità con i metodi della procreazione responsabile. Infatti, come osservato in altri paesi, in Italia la maggiore circolazione dell'informazione e il maggiore impegno dei servizi (in primis i consultori familiari, soprattutto nell'azione preventiva) ha aumentato le conoscenze, le consapevolezza e le competenze delle donne nel campo riproduttivo.

In Italia mancano precise informazioni sulla diffusione della contraccezione. Le informazioni disponibili provengono da stime di mercato e da indagini su campioni di popolazione. In generale si è osservato che l'utilizzo dei metodi contraccettivi moderni è inferiore a quello di altri Stati europei.

Nell'Indagine sulla fecondità in Italia del 1995 (2), nel campione esaminato, l'impiego della contraccezione ormonale (CO) risultava pari al 21%, quello dello IUD al 7%, del coito interrotto al 14%, dei metodi naturali al 5% e del condom al 14%.

Nel rapporto CENSIS 2000 sui comportamenti sessuali degli italiani, i metodi contraccettivi maggiormente impiegati sono risultati il coito interrotto (31.6%) ed il condom (28.4%), seguiti dalla "pillola" (20.9%), dai metodi naturali (4.2%), dai dispositivi intrauterini (3.2%), dal diaframma (1.3%), mentre "nessun metodo" risultava adottato dal 10.4% delle coppie (3).

In uno studio europeo, effettuato nel 2003 in cinque paesi europei su un campione di donne di età compresa tra 15 e 49 anni, è stata stimata una prevalenza di utilizzo della contraccezione ormonale pari al 19% in Italia e in Spagna, al 27% in Gran Bretagna, al 34% in Germania e al 45% in Francia (4).

Mancano, infine, in Italia specifiche rilevazioni per la sterilizzazione, sia maschile che femminile, poiché esiste una situazione legislativa poco chiara e non è facile raccogliere dati su tale metodica.

La diffusione degli estroprogestinici

La diffusione degli estroprogestinici in Italia si ricava dalle vendite di prodotti farmaceutici. L'indicatore utilizzato è il rapporto tra le confezioni vendute ed il numero complessivo di donne in età fertile. Nel confronto con gli altri paesi europei (IMS and World Bank), l'Italia occupa una delle ultime posizioni (Figura 1), con un *trend* in lieve crescita (Figura 2).

Figura 1: **Percentuale d'impiego della contraccezione ormonale in Europa nell'anno 2002** (calcolata come rapporto fra numero di confezioni vendute, standardizzato per un anno di consumo, e numero complessivo di donne in età fertile di età convenzionale 15-44 anni)

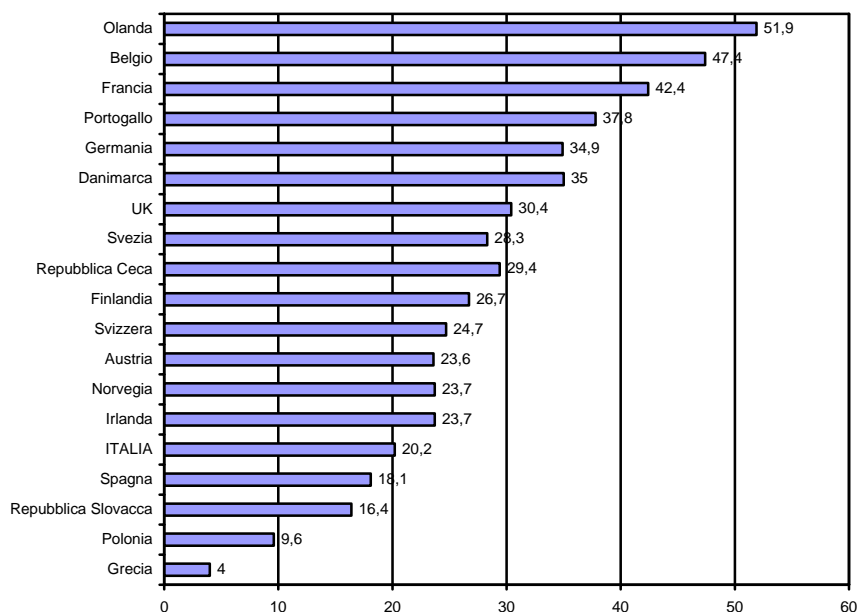
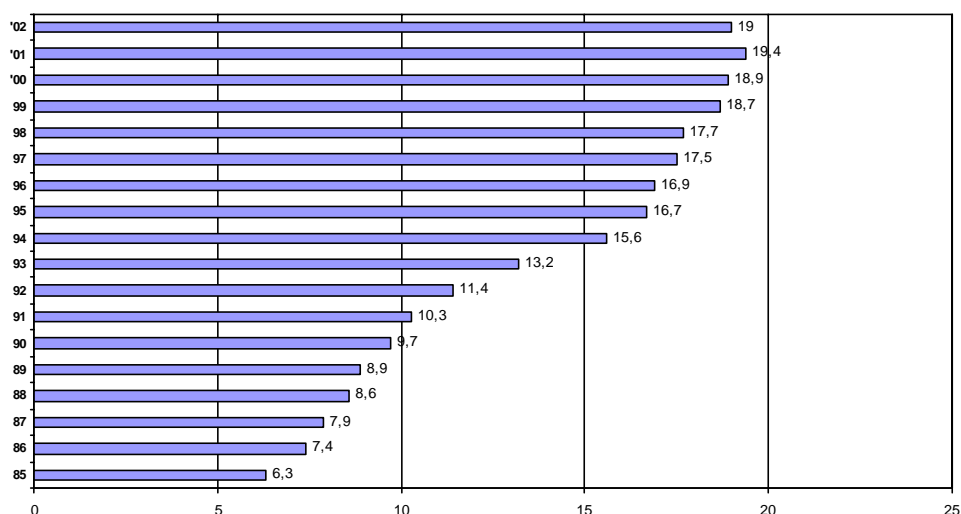


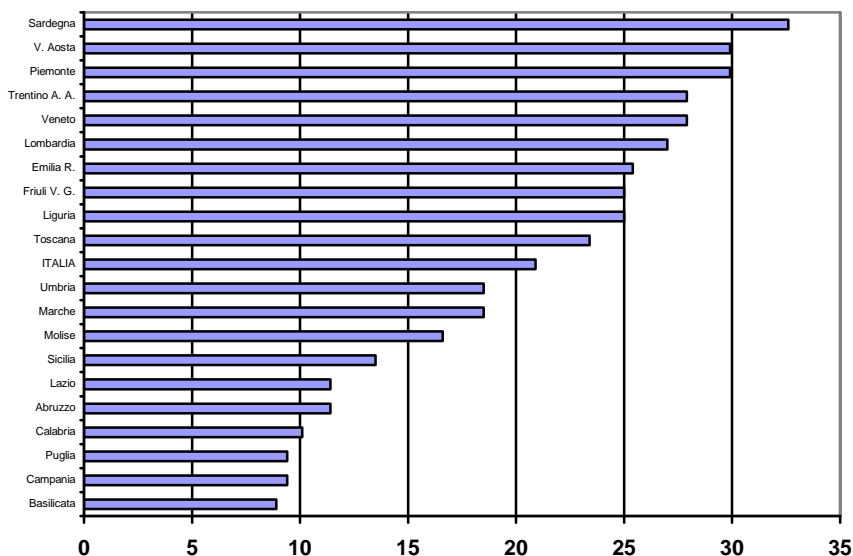
Figura 2: **Percentuale d'impiego della contraccezione ormonale negli anni 1985-2002 in Italia** (calcolata come rapporto fra numero di confezioni vendute, standardizzato per un anno di consumo, e numero complessivo di donne in età fertile di età convenzionale 15-44 anni)



L'analisi della situazione italiana, tuttavia, non può prescindere dalla valutazione delle specifiche realtà regionali e macroregionali. In base ai dati di vendita, nel 2002, la diffusione della CO era pari al 23,6% nell'Italia settentrionale, al 20% nell'Italia centrale ed al 13,3% nell'Italia meridionale. (figura 3) Si stima

che una percentuale non trascurabile di tutte le prescrizioni di estroprogestinici (intorno al 20%), abbia una finalità esclusivamente terapeutica.

Figura 3: **Diffusione percentuale della contraccezione ormonale nelle regioni italiane anno 2002.**



La diffusione della contraccezione d'emergenza

In riferimento alla contraccezione d'emergenza (CE), non si hanno dati sul numero di utilizzatrici del metodo di Yuzpe (metodo di CE precedente), mentre possiamo stimare il numero di confezioni di Levonorgestrel (nuova CE) vendute in farmacia. Nel 2004 si valuta che in Italia 310.000 donne abbiano usato questo metodo, con un incremento del 13% rispetto all'anno precedente (5).

La diffusione dello IUD (spirale)

Il dispositivo intrauterino, quale mezzo contraccettivo, è usato da più di 160 milioni di donne nel mondo. Rappresenta il metodo anticoncezionale reversibile più diffuso ed è il secondo sistema di pianificazione familiare dopo la sterilizzazione femminile. Il maggiore utilizzo si registra in Cina e Vietnam (> 70%). In Europa è impiegato dal 15% delle donne; negli USA solo dall'1%. In Italia è utilizzato dal 3-5% delle donne in età fertile, con una riduzione di circa il 40% dagli anni '90 ad oggi (6).

Fertilità e MST

Anche i dati sull'infertilità in Italia sono scarsi. L'ultima indagine nazionale, che risale al 1993, presentava valori simili a quelli trovati in altri paesi europei.

I dati sulla natalità e fecondità (numero di figli) mostrano, a partire dalla metà degli anni '60, una notevole diminuzione, con una recente tendenza alla stabilità, in parte dovuta al contributo della popolazione immigrata.

Il Cecos (Centri studio conservazione ovociti e spermatozoi umani), utilizzando i dati Istat ha effettuato delle stime sulla infertilità e sterilità in Italia: 50-70.000 le coppie con problemi di sterilità; 21-29.000 le coppie che chiedono una consulenza specialistica; 15-21.000 le coppie a cui viene diagnosticata una causa di sterilità.

Per quanto riguarda il ricorso a tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita, il 28 giugno 2007 il ministro della Salute Livia Turco ha presentato al Parlamento la relazione annuale sullo stato di attuazione della Legge 40 del 19 febbraio 2004 sulla procreazione medicalmente assistita (PMA). La relazione

riporta i primi dati ufficiali del Registro nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità relativi al 2005. I dati sono divisi per tecniche utilizzate.

Inseminazione semplice

Sono state trattate 15.770 coppie, per un totale di 26.292 cicli iniziati. Le gravidanze ottenute sono state 2.805, di cui 1.464 dall'esito noto. I parti sono stati 1.114 e i bambini nati vivi 1.291. Gli esiti negativi (aborto spontaneo o terapeutico, morte intrauterina, gravidanza ectopica) sono stati 350 (23,9%).

Scongelamento di embrioni o di ovociti

Sono stati iniziati 4.049 cicli, ottenendo 451 gravidanze (194 con embrioni e 257 con ovociti scongelati). Di 325 si conosce il follow-up: 239 parti con 264 bambini nati vivi e 89 esiti negativi (27,4%).

Tecniche a fresco

Sono state trattate 27.254 coppie con 33.244 cicli iniziati. Le gravidanze ottenute sono state 6.243, pari al 21,2% rispetto ai prelievi e al 24,5% rispetto ai trasferimenti effettuati. Le gravidanze di cui si conosce il follow-up sono 3.603, esitate in 2.680 parti, con 3.385 bambini nati vivi, e in 950 esiti negativi (26,4%).

Per il 27,1% dei cicli iniziati è stata usata la tecnica Fivet, per il 72,8% con la tecnica Icsi. Il motivo di quest'ultimo dato resta da approfondire, perché risulta superiore a quello atteso, anche considerando i dati della letteratura internazionale. La tecnica Gift è invece ormai quasi inutilizzata: solo 41 cicli di trattamento, pari allo 0,1% dei cicli totali, con 8 gravidanze ottenute.

3.864 cicli (l'11,6% di quelli iniziati) sono stati sospesi, di cui il 68,7% per mancata risposta alla stimolazione. Sono stati prelevati 209.236 ovociti, di cui il 36,8% inseminati, il 12,2% crioconservati e il 51,1% scartati. Rispetto a questi dati si evidenzia che la tecnica della crioconservazione degli ovociti è ancora sperimentale per molti centri e in molti casi non viene utilizzata perché troppo costosa rispetto alle probabilità di successo.

3.943 cicli sono stati interrotti dopo il prelievo e prima del trasferimento (pari al 13,4% dei prelievi). Il 48,5% dei cicli interrotti è per mancata fertilizzazione.

Sono stati effettuati 25.402 trasferimenti, di cui il 18,7% con un solo embrione, il 30,9% con 2 embrioni e il 50,4% con 3 embrioni. Questi dati sono in controtendenza rispetto a molti Paesi europei, sempre più orientati a trasferire un solo embrione e con più alto potenziale di sviluppo, in base alle caratteristiche e all'età della donna, per limitare le gravidanze gemellari, fonte di patologia perinatale e materna. Tra Icsi e Fivet, le gravidanze trigemine nel 2005 sono state il 3,3% e i parti trigemini il 2,7%: un dato ben superiore all'1,1% raggiunto in Europa già nel 2003.

Gli esiti negativi delle gravidanze con follow-up sono stati del 26,4%.

Il 37,5% del costo dei cicli è a totale carico delle coppie in quanto svolto in centri privati, soprattutto al Centro e al Sud: questo dato spiega il fenomeno della migrazione delle coppie da una Regione all'altra e da un centro a un altro.

Riguardo alle tecniche a fresco è possibile un confronto fra il 2003 (prima della Legge 40) e il 2005 (dopo la Legge 40). La percentuale di gravidanze sul totale dei prelievi effettuati scende dal 24,8% nel 2003 al 21,2% nel 2005, e la perdita ipotetica nell'applicazione delle tecniche a fresco ammonta a 1.041 gravidanze. Il numero totale di gravidanze è passato da 4.807 nel 2003 a 6.235 nel 2005, ma i valori assoluti non sono confrontabili, in quanto nel 2003 operavano solo 120 centri e nel 2005 169, e le pazienti sono passate da 17.125 nel 2003 e 27.254 nel 2005.

La percentuale di trasferimenti effettuati con un solo embrione è salita dal 13,7% nel 2003 al 18,7% nel 2005: nel 2003 il trasferimento di un singolo embrione poteva avvenire per decisione del medico in base alle caratteristiche della paziente, mentre nel 2005 avviene invece spesso per mancanza di altri embrioni da trasferire, anche se è noto che eseguire un trasferimento con un solo embrione non selezionato riduce notevolmente le probabilità di ottenere una gravidanza, soprattutto nelle pazienti con età più avanzata.

I parti plurimi sono passati dal 22,7% nel 2003 al 24,3% nel 2005. Inoltre, a differenza degli altri Paesi europei, la percentuale dei parti trigemini non mostra una costante riduzione nel tempo.

La percentuale di gravidanze ottenute con tecniche a fresco che non giungono al parto sale dal 23,4% nel 2003 al 26,4% nel 2005: un aumento direttamente correlato all'obbligo di impianto di tutti gli embrioni previsto dalla legge 40/2004.

In definitiva, secondo la relazione, la situazione generale è stata significativamente modificata dall'applicazione della legge: sono diminuite le percentuali di gravidanze, con conseguente diminuzione di bambini nati. È aumentata la percentuale di trattamenti che non giungono alla fase del trasferimento o con bassa possibilità di successo. Il numero di ovociti inseminati è minore, ma il numero di embrioni trasferiti è superiore. È più elevata l'incidenza di parti plurimi, con i conseguenti effetti negativi immediati e futuri per i nati e per la madre. Sono aumentati gli esiti negativi delle gravidanze.

In conclusione, la relazione sottolinea che il panorama dell'applicazione delle tecniche di procreazione assistita in Italia è ancora molto ampio ed eterogeneo. Il numero di centri è molto più elevato che in altri Paesi europei, ma l'offerta delle tecniche appare per certi versi inadeguata. Occorre migliorare la qualità dei servizi da offrire alle coppie, ed effettuare un'ulteriore valutazione sui costi a carico delle coppie e sul fenomeno della migrazione delle coppie. L'età delle pazienti appare piuttosto elevata: ne deriva la necessità di azioni di prevenzione delle cause d'infertilità e di specifiche campagne informative alle coppie sempre più incisive ed efficaci.

Le MST (o IST) sono infezioni che si trasmettono attraverso i contatti sessuali. E non si tratta solo di AIDS ed epatite B. L'elenco delle MST comprende più di 20 patologie causate da virus, batteri e parassiti: oltre alla **sifilide** e alla **gonorrea**, già note, vi sono, tra le altre, i **condilomi**, l'herpes genitale, le **infezioni da chlamidia**, le uretriti, le **vaginiti batteriche** e le **micosi**. Nel nostro Paese, secondo le stime dell'ISS presso cui è attivo dal 1991 un **Sistema di Sorveglianza Sentinella**, sono oltre 100.000 ogni anno le visite specialistiche effettuate per un sospetto di malattia sessualmente trasmessa. La **distribuzione dei casi** mostra che le più frequenti MST non sono quelle 'classiche', cioè sifilide e gonorrea, ma piuttosto le cosiddette 'patologie di seconda generazione': al primo posto la condilomatosi genitale, seguita dalle vaginiti batteriche e dalle uretriti maschili batteriche. Scendendo nel dettaglio, i dati mostrano che fra i pazienti maschi, circa 1 su 3 è affetto da condilomi ano-genitali, 1 su 5 ha un'uretrite batterica, 1 su 10 ha l'herpes genitale e un'infezione da clamidia. Fra le donne, le malattie più frequenti sono le cervico-vaginiti (1 donna su 2), seguite dai condilomi (1 donna su 5). Il 90% di queste patologie sono contratte da eterosessuali e solo l'8% da persone che hanno rapporti con individui dello stesso sesso. Infine, il 17% dei casi di MST registrati nel 2000 ha riguardato gli **stranieri residenti nel nostro Paese**

3. Buone Pratiche

In questa parte del capitolo sono presentate alcune delle BEST PRACTICES, ovvero BUONE PRATICHE, esistenti nelle ASL italiane, tra quelle che sono giunte alla nostra osservazione e che implicavano una chiara definizione degli obiettivi e degli indicatori, riguardanti le 3 priorità selezionate dal gruppo. La lista non pretende di essere esaustiva ma vuole essere solo essere un contributo conoscitivo di iniziative che hanno avuto un buon esito e che possono essere considerate come esempi per altre ASL.

3.1 Il percorso nascita nei consultori familiari

Dr.ssa Maita Sartori, ASL TO3

Il Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) del Piano Sanitario Nazionale Italiano 1998-2000, individua come sulla gravidanza e sulla gestione della stessa” e “migliorare il benessere psico-fisico della puerpera e del neonato” e raccomanda le azioni necessarie al raggiungimento degli obbiettivi.

Secondo l'OMS, l'uso degli stessi schemi assistenziali per tutte le gravidanze può comportare trattamenti inappropriati e dannosi per un contesto a basso rischio e d'altra parte può sottostimare il rischio di complicanze nelle condizioni di rischio più elevato o nella patologia ostetrica. Allo stesso tempo le

evidenze scientifiche dimostrano che una corretta organizzazione dell'assistenza alle gravidanze a basso rischio, oltre a ridurre l'interventismo e favorire l'uso appropriato dell'ospedale, hanno benefici sulla continuità assistenziale, sul rispetto della fisiologia, sul potenziamento delle competenze delle persone assistite e sull'allattamento al seno.

Nei Consultori Familiari dell'ASL di Collegno, alle porte di Torino, sono state avviate le azioni suggerite dal POMI, dall'OMS, dalle evidenze scientifiche disponibili e da cinque anni è attivo un progetto di assistenza "one-to-one" al Percorso Nascita.

L'assistenza al percorso nascita prevede:

- l'assistenza delle gravidanze a basso rischio in consultorio familiare
- i corsi di accompagnamento alla nascita svolti in consultorio familiare
- l'assistenza al parto a domicilio da parte delle stesse ostetriche che hanno assistito la gravidanza in consultorio
- l'assistenza al parto negli ospedali dell'ASL da parte delle stesse ostetriche che hanno assistito la gravidanza in consultorio
- l'assistenza domiciliare a donna e bambino sani dimessi precocemente dopo il parto avvenuto in ospedale.

L'obiettivo è abbandonare la parcellizzazione dell'assistenza alla gravidanza e concretizzarne la continuità e la presa in carico globale. La continuità dell'assistenza è lo strumento attraverso il quale l'assistenza diventa personalizzata. Essa pone in primo piano la donna con il suo bambino, con le loro necessità e desideri. La donna è coinvolta nelle decisioni ed è assistita con continuità da un piccolo gruppo di ostetriche. Ad ogni contatto occorre rivalutare i suoi bisogni, aspettative e necessità assistenziali. La relazione fra l'ostetrica e la persona in gravidanza è basata sulla scelta informata del percorso assistenziale a basso rischio, condotto con il livello minore di interventi compatibile con la sicurezza e gestito in autonomia dalle ostetriche. Utilizzano una linea guida assistenziale basata sulle prove di efficacia disponibili che contiene i criteri di inclusione al percorso assistenziale a basso rischio, le condizioni cliniche che richiedono la consulenza del medico e il calendario dei controlli in gravidanza. Le ostetriche si raccordano con il medico di medicina generale per le consulenze sulle condizioni di salute generale e le prescrizioni. Ad ogni controllo le ostetriche rivalutano il rischio e richiedono la visita del medico specialista in caso di identificazione di un rischio o di una patologia. Il piano assistenziale della gravidanza può essere modificato dalle ostetriche in base alla visita medica e viene condiviso con la persona assistita; in questo caso l'assistenza continua ad essere fornita in collaborazione con il medico.

Le ostetriche lavorano in équipe con gli altri operatori del consultorio ed "in rete"; attivano gli altri servizi sanitari dell'ASL ed i servizi sociali del territorio ogni volta che emergono particolari necessità di sostegno alla donna e alla famiglia. Dopo la nascita, le ostetriche presentano i servizi pediatrici dell'ASL e favoriscono la precoce scelta del Pediatra di Libera Scelta. L'assistenza richiede un aggiornamento e confronti continui. Le riunioni di verifica e revisione della qualità (VRQ) dell'attività sono mensili e vi partecipano l'équipe di ostetriche ed i medici specialisti di riferimento. Tutti gli operatori (ostetriche, ginecologi, pediatri, infermiere pediatriche) seguono corsi di formazione comuni sull'assistenza perinatale basata sulle evidenze scientifiche disponibili.

Il prima

Le ostetriche, coinvolte in tutte le diverse attività consultoriali, durante i colloqui per il controllo dei contraccettivi o i colloqui preconcezionali, in sinergia con i medici promuovono attivamente la vaccinazione per la rosolia, l'assunzione dell'acido folico in periodo periconcezionale, illustrano le norme igienico-comportamentali per evitare il contagio in gravidanza di malattie che possono essere dannose per il feto, promuovono e offrono sostegno per l'abbandono del fumo di sigaretta.

Il durante

L'assistenza è differenziata per le gravidanze a basso rischio e le gravidanze a rischio o patologiche. L'ostetrica accoglie la donna e/o la coppia al primo colloquio e in base ai dati anamnestici, clinici e sociali emersi stabilisce il livello di rischio. L'ostetrica informa sulle possibilità di effettuare la diagnosi prenatale e promuove la partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita. Quando le condizioni cliniche sono tali da richiedere l'intervento medico, l'ostetrica sarà sempre presente alle visite per garantire

continuità e completezza all'assistenza anche nelle gravidanze a rischio o patologiche. L'organizzazione del lavoro consultoriale prevede aperture dedicate all'assistenza delle gravidanze a basso rischio e aperture dedicate all'assistenza alle gravidanze a rischio o patologiche. L'ostetrica offre alla coppia che lo desidera di essere al loro fianco per l'intero percorso nascita: durante la gravidanza, al parto a casa o in ospedale, in puerperio.

Il dopo

La possibilità di dimissione precoce e protetta di madre e bambino sani dall'ospedale dopo il parto viene illustrata e offerta durante la gravidanza. La mamma è sostenuta nell'allattamento al seno precoce ed esclusivo, nella cura del bambino (contatto precoce, igiene, abbigliamento, prevenzione della SIDS, esecuzione delle vaccinazioni, utilizzo di idonei mezzi di protezione in auto, prevenzione incidenti domestici, ecc.), nella cura di sé e nella precoce ripresa della protezione contraccettiva.

Dal 2001 ad oggi circa 650 donne sono state assistite nell'ambulatorio delle gravidanze fisiologiche. Gli esiti materni e fetali sono stati normali. Complessivamente il successo raggiunto per l'allattamento al seno è stato 91% di allattamento esclusivo a tre mesi e 75% a sei mesi.

3.2 Integrazione ospedale territorio nel 1° e 2° distretto della ASL RM D-

Unità organizzativa: Dipartimento cure primarie, Dipartimento Materno Infantile, Divisione di Ostetricia e Ginecologia Ospedale G.B.Grassi.-Email:Pierluigipalazzetti@yahoo.it

Nell'ambito del necessario governo clinico della domanda, considerando la necessità di sollevare l'Ospedale da prestazioni inadeguate e nel contempo di fornire agli assistiti una presa in carico completa e percorsi adeguati per la gestione della patologia, si è provveduto a spostare sul territorio tutti i servizi Ambulatoriali di primo livello e a mantenere in Ospedale il secondo livello.

Questo è stato accompagnato da una ristrutturazione di tutte le Agende, con divisione fra primo e secondo livello e dalla produzione di raccomandazioni di assistenza condivise fra Ospedale e Territorio.

La motivazione fondamentale è stata la constatazione che le liste d'attesa cronologiche non consentivano un'adeguata gestione della patologia sia ostetrica che chirurgica, provocando spostamento delle pazienti per la ginecologia e aumento dei rischi per l'ostetricia.

Le principali caratteristiche del progetto riguardano lo spostamento degli Ambulatori di primo livello dalla Divisione Ospedaliera al Territorio, e l'apertura di Ambulatori di secondo livello presso la Divisione stessa, con comunicazione a tutti i medici che lavorano sul territorio, sia Medici di Medicina Generale che Specialisti Ambulatoriali che Consultoriali.

Inoltre per favorire l'integrazione, alcuni Medici della Divisione prestano servizio in Ambulatori del territorio ed alcuni Medici del Territorio coprono dei turni presso la Divisione.

La finalità di questo progetto è stata quella di :

- ottimizzare le prestazioni,
- favorire la presa in carico dell'utenza,
- ridurre le prestazioni inadeguate
- ridurre il rischio in Ostetricia
- razionalizzare la spesa.

Mentre gli Obiettivi sono stati :

- promuovere la qualità professionale attraverso la diffusione delle raccomandazioni di assistenza condivise fra Ospedale e Territorio.
- ottimizzare l'uso delle risorse umane e delle apparecchiature diagnostiche evitando sia in ricorso ad accertamenti inutili che l'eccessiva lista d'attesa per accertamenti necessari nei brevi e medi tempi.
- garantire, tramite la presa in carico della patologia, un'assistenza efficace in ostetricia e ginecologia

I vantaggi attesi erano quelli di :

- riduzione delle liste d'attesa per la patologia ginecologica e ostetrica,

- diminuzione del rischio in Ostetricia tramite la gestione precoce della patologia da parte della Divisione,
- maggior soddisfazione del personale medico e delle professioni sanitarie per la aumentata professionalità del loro lavoro.

Rispetto a questi obiettivi i risultati conseguiti sono stati:

- abbattimento della lista d'attesa per la presa in carico della patologia ostetrica,
- integrazione Ospedale Territorio per la gestione dei casi da inserire nelle liste Operatorie,
- riduzione degli esami inadeguati per la diagnostica prenatale,
- abbattimento della lista d'attesa per il secondo e terzo livello ecografico, su casi selezionati, in caso di vera necessità.

Rispetto alle risorse bisogna evidenziare che il progetto è stato eseguito senza l'impiego di risorse aggiuntive, ma piuttosto semplicemente ridistribuendo l'attività già in essere.

La realizzazione prevede le seguenti fasi:

- 1) Incontri con tutti i soggetti interessati.
- 2) Definizione di protocolli comuni
- 3) Chiusura delle Agende di primo livello nella Divisione Ospedaliera
- 4) Apertura di Agende di secondo livello nella Divisione Ospedaliera
- 5) Apertura di Agende di primo livello sul Territorio, gestite dai Dirigenti della Divisione Ospedaliera

Per la realizzazione di questi punti, sono stati più volte modificati gli orari degli Ambulatori e le Agende CUP, fino a ottenere la massima efficienza ed il lavoro viene monitorato costantemente.

Per la comunicazione interna, che va notevolmente curata, il progetto ha richiesto:

- riunioni con i Medici di Medicina Generale, (FIMMG e SIMMG),
- con gli Specialisti del Territorio, oltre che con i Medici della Divisione, al fine di uniformare le procedure e ridurre le criticità di informazione e di scambio dati sulle pazienti.
- un costante scambio con gli Operatori del CUP Aziendale, per le modifiche delle modalità di prenotazione e per il monitoraggio continuo dell'efficacia del lavoro svolto.
- un continuativo colloquio fra i Capi Dipartimento, la Direzione della UOC e i Responsabili dei Consultori e dei Poliambulatori per l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse umane.

Per garantire la comunicazione e la partecipazione delle utenti, è previsto l'aggiornamento delle informazioni sulla Carta dei Servizi e sul sito web aziendale. Un depliant cartaceo in A4, facilmente fotocopiabile, è stato prodotto per la distribuzione all'utenza e per i Medici che non hanno partecipato alle riunioni effettuate.

Si è organizzata una giornata di presentazione del Progetto alla popolazione, in collaborazione con altre Aziende USL del Lazio, che abbiano effettuato analoghi progetti di integrazione Ospedale Territorio.

Per il Monitoraggio e la valutazione gli strumenti previsti sono:

Prima: prestazioni di primo livello erogate dalla Divisione Ospedaliera e prestazioni di secondo livello erogate in modo inappropriato, senza selezione dell'utenza e con lista d'attesa cronologica.

Durante: prestazioni di primo livello erogate esclusivamente dal Territorio, presa in carico della patologia ostetrica in Ambulatorio entro 24 ore, raccomandazioni di assistenza per l'Ostetricia condivise fra Territorio e Divisione Ospedaliera. Esclusione di esami di secondo livello sia per l'Ostetricia che per la Ginecologia su richieste inappropriate, e esecuzione a 24 ore 5 giorni, per richieste appropriate, valutate da personale ostetrico infermieristico o guidate da note CUP.

Dopo: abbattimento delle liste d'attesa per richieste adeguate, riduzione dell'arrivo in Sala Parto di patologia ostetrica non correttamente studiata, gestione della lista operatoria agile rispetto alla domanda del territorio, funzione di scoraggiamento nei confronti delle prestazioni inadeguate, aumento della compliance per il largo anticipo di prenotazione per i controlli.

Gli elementi che garantiscono la sostenibilità organizzativa del progetto sono:

- a) il coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti e i vantaggi finali per tutti.
- b) l'esecuzione del progetto senza risorse aggiuntive
- c) il rispetto di parametri EBM di gestione sanitaria, la presenza di elementi di governo clinico e di risk management.

3.3 Promozione dell'allattamento al seno: esperienza di Arezzo - Regione Toscana

Dr.ssa Lucia Bagnoli, ASL di Arezzo

La promozione della pratica dell'allattamento al seno costituisce uno degli interventi in area di salute materno-infantile con il più alto rapporto costi/benefici dovuto alla sua "semplicità" e alla dimostrazione di elevata efficacia preventiva. E' infatti classificato dalla *Canadian Task Force on the Periodic Health Examination* nella categoria A (= intervento da raccomandare in quanto sostenuto da chiare prove di efficacia). Risulta inoltre uno dei principali indicatori che a livello internazionale vengono valutati come indice dello stato di salute di una popolazione.

Le evidenze scientifiche sui benefici dell'allattamento materno per madre e bambino in termini di salute, oltre quelli indiretti per la famiglia, il sistema sanitario, l'economia, e la società, sono numerosissime e incontrovertibili.

Per promuovere questo stile di vita che costituisce un rilevante determinante di salute, due sono le parole chiave: *counselling*, ed *empowerment* cioè sostegno alle donne e attivazione di tutte le competenze, le conoscenze e gli atteggiamenti che esse possiedono per acquisire comportamenti consapevoli e duraturi.

La Regione Toscana ha investito nella promozione dell'allattamento al seno nell'ambito del progetto europeo "Blueprint"; uno dei passi fondamentali è stata l'offerta della formazione specifica accreditata dall'OMS e UNICEF a tutto il personale operante nei Dipartimenti materni-infantili delle varie ASL toscane.

Si è cominciato nel 2004 a formare un gruppo di operatori motivati e già impegnati nelle buone pratiche nel campo della nascita e dell'allattamento, che sono stati individuati e nominati dalle Direzioni Sanitarie Aziendali, uno per ASL, e che sono stati formati da Sofia Quintero Romero e Maria Vittoria Sola, entrambe formatrici OMS-UNICEF e formatrici di formatori, secondo il metodo accreditato e diffuso in tutto il mondo della formazione di adulti. Questa prevede corsi interattivi e basati su modelli di comunicazione, condivisione di lavori di gruppo su esercitazioni pratiche, sotto supervisione, di tecniche di counselling orientato a raccogliere la storia clinica di allattamento al seno e supportare le madri in difficoltà, aiutandole a mantenere ed aumentare la fiducia in loro stesse e nelle loro abilità di nutrire ed accudire le loro creature. L'utilizzo del Manuale del Formatore OMS-UNICEF "Allattamento al seno: corso pratico di counselling" è l'elemento di qualità e di omogeneità della formazione a livello nazionale ed internazionale.

I formatori sono stati nominati dalle Direzioni Sanitarie Referenti Aziendali per la promozione dell'allattamento al seno ed hanno avuto il compito di organizzare la formazione degli operatori dei Dipartimenti materni-infantili delle varie ASL toscane.

Per i Pediatri di libera scelta sono stati organizzati corsi separati da formatori OMS-UNICEF pediatri.

L'esperienza di Arezzo

Gli operatori da formare erano 254, appartenenti all'area medica (Ginecologi e pediatri) e non (Infermieri, Ostetriche e OSS), operanti nei punti nascita e nelle strutture del territorio (Consultori Familiari).

I due formatori sono state una ginecologa ed un'infermiera della neonatologia (attualmente caposala) che hanno tenuto 3 edizioni l'anno di corsi di 18 ore con ulteriori 2 ore di pratica clinica, secondo il modello validato OMS-UNICEF.

Ogni corso comprendeva 18-25 partecipanti, assortiti per professionalità e per provenienza, in modo da mettere in comunicazione persone con esperienze diverse, ma tutte a vario titolo a contatto con madri che allattano. I corsi sono stati tenuti negli anni 2005-2006-2007 ed hanno raggiunto l'obiettivo prefissato di formare l'80% del personale individuato. E' già stato previsto un corso annuale per formare il personale che si rinnova con il turn-over.

La valutazione dell'apprendimento è stata fatta con un pre- post-test con 15 domande a risposta multipla su tutti i punti salienti della conoscenza fondamentale sull'allattamento al seno, somministrate all'inizio e alla fine del corso: mediamente i partecipanti rispondevano appropriatamente al pre-test intorno al 20-58% e al post-test al 85-95%: il tasso di apprendimento per questo modello di didattica è molto alto, anche quando si parta da conoscenze di base insufficienti.

Il gradimento è stato misurato con la griglia ECM regionale che prevede la valutazione dei contenuti (rilevanza, efficacia per la propria pratica, stimolo al cambiamento assistenziale), dei tempi (troppo lungo, troppo corto, appropriato), delle capacità didattiche dei docenti (adeguate, scarse, ottime) con punteggio in scala di 5 punti. In tutti i corsi i punteggi di valutazione hanno raggiunto oltre l'85% di gradi 4-5.

Uno degli obiettivi finali del progetto triennale era l'aumento dei tassi di allattamento esclusivo al seno alla dimissione dall'ospedale: nel 2004, quando il progetto fu lanciato dalla Regione toscana, ad Arezzo, le donne che allattavano al seno erano intorno al 47%, per passare a fine 2005 al 66%, per raggiungere, alla fine del 2007, il 78% circa. Questi risultati sono stati raggiunti implementando alcuni dei 10 passi dell'iniziativa "Ospedale Amico del bambino", tra cui la precocità del contatto pelle-a-pelle e della prima poppata, l'utilizzo del rooming-in, l'allattamento a richiesta e l'abbandono di pratiche dannose quali la doppia pesata e le aggiunte di liquidi o alimenti sostitutivi del latte materno, salvo per indicazione medica.

Una parte fondamentale è svolta dai servizi territoriali che offrono sostegno alle donne dopo la dimissione, sia con l'offerta attiva di incontri dopo-parto, sia con l'ascolto e l'accoglienza al Consultorio, dove ogni donna può rivolgersi trovando un'ostetrica disponibile ad offrire l'osservazione di una poppata per correggere eventuali problemi di attacco inadeguato o di insicurezza della madre sulle proprie capacità di produrre latte.

E' in corso una raccolta dei dati sulla durata dell'allattamento dopo la dimissione dall'ospedale, che si basa su interviste telefoniche alle madri a distanza di 3 mesi, confrontando sempre i dati del 2° semestre 2004 e 2007, per verificare quanto si sia modificata la durata dell'allattamento, dopo l'attuazione del progetto regionale di promozione dell'allattamento, applicato nell'ASL di Arezzo.

Un ulteriore obiettivo da raggiungere per il 2008 è l'adozione della scheda di osservazione della poppata da parte di tutti i punti nascita della provincia. Attualmente è in uso in 2 su 3 presidi ospedalieri, ma si pensa di omogeneizzare tutti i Punti Nascita entro la fine dell'anno.

3.4 Screening cervico-carcinoma : esperienza del consultorio familiare di Trebisacce

Ostetrica Anna Vitiello, Dott. N. D'Angelo, ASP Regione Calabria, Azienda Sanitaria Provinciale n 3-Cosenza

Il Consultorio Familiare del Distretto Sanitario di Trebisacce, Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, nel 1991, su indicazione dell' I.S.S., ha avviato un progetto distrettuale per la prevenzione del cervico-carcinoma.

La modalità lavorativa prescelta, seguendo le indicazioni del POMI, è stata quella dell'offerta attiva vale a dire il coinvolgimento dell'intera popolazione target costituita dalle donne in età compresa tra i 25 e i 64 anni.

La fase organizzativa ha previsto il coinvolgimento totale della comunità facente parte del Distretto Sanitario di Trebisacce per un totale di diciassette comuni.

Ci si è innanzitutto attivati per acquisire liste anagrafiche quanto più aggiornate possibili, al fine di inviare una lettera di invito personalizzato ad ogni donna facente parte della popolazione target.

Successivamente sono iniziati gli incontri con i sindaci, i medici di medicina generale, le varie associazioni di volontariato presenti sul territorio e sono stati organizzati convegni rivolti alla popolazione per condividere gli obiettivi del progetto, le modalità operative prescelte, gli indicatori di valutazione utilizzati.

Nel corso degli anni siamo riusciti a creare un coinvolgimento delle istituzioni grazie ad un accreditamento del servizio consultoriale e degli operatori presso la comunità, accreditamento che ci ha portato ad essere apprezzati e supportati dalle varie dirigenze aziendali che si sono succedute in tutti questi anni.

Per ciò che concerne la fase operativa, il progetto, considerato da qualcuno “strategico”, dà l’opportunità non solo di eseguire il prelievo citologico, ma anche e soprattutto di prendere in carico la donna in un arco di tempo che va dall’ inizio dell’età fertile all’età senile (contraccezione, IVG, percorso nascita, menopausa).

Si è tentato così di creare con ogni donna una relazione empatica al fine di permettere l’opportunità di esternare ogni problematica, attivando quindi, processi di empowerment per facilitare l’acquisizione di consapevolezza rispetto ai problemi affinché ogni donna sia ancora più capace di vivere la propria difficile realtà, intessendo rapporti positivi con ciò che la circonda, compresa l’intricata rete dei servizi socio-sanitari.

Allorquando, invece, la donna non ha risposto all’invito è stato necessario attivare nuovi canali comunicativi ed operativi che sono stati di volta in volta contestualizzati alle varie situazioni.

Abbiamo ritenuto questo un elemento fondamentale per il raggiungimento dell’obiettivo della promozione alla salute, in quanto l’utenza non raggiunta, oltre a rappresentare la fascia più debole, è in genere quella più esposta a sviluppare patologia.

A questo proposito vista la disposizione geografica disagiata dei comuni afferenti al Consultorio è stata costituita un’equipe itinerante che ha raggiunto le donne presso il proprio comune di residenza, inizialmente chiedendo ospitalità presso scuole, biblioteche, parrocchie!! e quant’altro e solo successivamente, con l’istituzione delle guardie mediche, presso i locali delle stesse.

Ciò ha consentito una maggiore adesione delle donne ed una migliore valutazione delle criticità in rapporto alle “non responders” al fine di analizzare ed attivare nuovi canali comunicativi.

Con tale metodica operativa si è raggiunto un tasso di adesione che si è attestato intorno all’80% con punte, soprattutto in paesi montani, del 90%.

Successivamente allorché nel 2005 la Regione Calabria ha attivato gli screening oncologici, il modello lavorativo di Trebisacce è stato di valido aiuto nel predisporre il piano attuativo del progetto regionale screening.

3.5 Teatro dei ragazzi contro la violenza di genere- Dr.ssa Beatrice Mirto, Consulteri ASL 6 Palermo

Il progetto Telefono Donna è nato nel 1999 all’interno dell’A.S.L.6 di Palermo per iniziativa del Servizio di Psicologia e del Servizio Sociale, con la partecipazione di Assistenti Sociali e Psicologi prevalentemente operatori dei Consultori Familiari, a partire dalla convinzione che la violenza sulle donne rappresenti un fenomeno complesso e di difficile contrasto.

Telefono Donna negli anni, da semplice punto di ascolto telefonico, ha sviluppato una progettazione che ne ha ampliato gli obiettivi formulando quattro sub progetti:

- Progetto di sensibilizzazione e informazione degli operatori delle aree di emergenza dei presidi ospedalieri cittadini;
- Progetto di sensibilizzazione per i Medici di base;
- Costituzione di un ambulatorio clinico e di un gruppo terapeutico per donne maltrattate;
- Progetto di sensibilizzazione rivolto agli adolescenti.

Il progetto adolescenti è stato articolato negli anni scolastici 2004/2005 e 2005/2006 presso l’Istituto psico-pedagogico “Regina Margherita” di Palermo.

E’ stata individuata, infatti, la scuola come luogo privilegiato in cui svolgere un lavoro di educazione emotiva ed affettiva per fornire ai giovani spunti di riflessione per costruire un rapporto di coppia più sereno e rispettoso di sé e dell’altro.

Gli obiettivi che si intendevano perseguire sono così sintetizzabili:

- Fornire spazi di riflessione e confronto all’interno della scuola sui temi della violenza alle donne e sul maltrattamento;
- Ampliare gli elementi di comprensione del fenomeno del maltrattamento e della violenza e prendere contatto con le proprie valenze personali (miti, credenze, pregiudizi, emozioni);
- Favorire atteggiamenti e comportamenti positivi in relazione all’affettività e sessualità.

Destinatari: I docenti e gli allievi di sei classi tra cui alcune terze e quarte.

Metodologia adottata: Metodo biografico, longitudinale ed interattivo.

Attività svolta: Focus group, gruppi di discussione guidati, atelier, seminario conclusivo.

La valutazione è stata realizzata in itinere attraverso azioni di monitoraggio, focus group con gli insegnanti e con la rilevazione quantitativa della presenza degli alunni alle diverse attività svolte fuori dall'orario scolastico.

Nell'anno 2004-2005 sono stati effettuati due focus group con gli insegnanti.

I focus sono stati centrati sul tema della violenza intrafamiliare evidenziando stereotipi, definizioni e miti sulla violenza.

E' stato così possibile definire alcuni contenuti che sono stati introdotti dai docenti nei propri insegnamenti curriculari.

L'anno successivo sono stati effettuati due gruppi di discussione guidata per ciascuna delle classi coinvolte. Ogni incontro di discussione con il gruppo classe è stato preceduto dalla lettura di alcuni brani tratti da testi letterari quali: Otello, Sonata a Kreutzer, La donna che sbatteva nelle porte, Famiglia di sangue e dalla visione dei film: Ti do i mie occhi, di I. Bollain e La sposa siriana, di E. Riklis, al fine di favorire l'attivazione della discussione nel gruppo.

Successivamente sono stati realizzati degli atelier. I partecipanti sono stati gli insegnanti, gli operatori di telefono donna e gli alunni delle classi coinvolte. Sono stati costituiti per realizzare la scrittura di un testo teatrale, da un video da utilizzare come spot pubblicitario contro la violenza e di un intervento scenico tratto da una poesia.

Gli alunni partecipanti all'atelier hanno anche effettuato delle interviste "door to door" sul tema della violenza ed elaborato e somministrato un questionario agli studenti delle quinte classi della loro scuola.

A conclusione dell'anno scolastico è stata organizzata una giornata di studio nel teatro dell'istituto, dal titolo "La violenza e il maltrattamento: rappresentare e riflettere sul mondo delle donne".

Nell'ambito della stessa sono stati presentati i lavori prodotti dagli studenti che avevano partecipato agli atelier.

La partecipazione attiva, il coinvolgimento emotivo, l'aver lavorato e provato gli spettacoli, sacrificando il tempo libero, sono il segno di una esperienza che ha mosso emozioni.....pensieri....parole....

3.6 Il consultorio familiare e la mediazione culturale di sistema in un territorio multietnico e multiculturale

Maria Edoarda Trillò, ASL Roma C

Il Consultorio Familiare, fin dalla sua nascita, si offre nel territorio di riferimento, in collegamento con i medici e i pediatri di base e con gli ospedali, come luogo di primaria assistenza per gli aspetti sociali preventivi e sanitari per la salute di tutte le donne che vi abitano o vi lavorano. La struttura sociale, economica e culturale della sua popolazione target, che tanti influssi ha sulla salute, deve essere analizzata per modulare le modalità di offerta del servizio. Specie nelle grandi città, gli operatori e le operatrici che vi lavorano hanno quindi il dovere istituzionale di conoscere la sua composizione: numerosità della popolazione, che tipo di donne vi abita, il loro livello d'istruzione ed economico e, negli ultimi anni sempre di più, la provenienza geografica e culturale e il perché della loro immigrazione.

La malattia è di per sé emarginante e quello alla salute rappresenta uno dei diritti irrinunciabili della persona. Specie per chi non è tutelato, garantire la fruibilità di questo diritto è uno dei criteri più sensibili con cui si può valutare l'adeguatezza delle risposte di un Paese ai problemi dell'immigrazione.

Attraverso il corpo ogni persona invia messaggi che devono essere raccolti ed interpretati dagli operatori sanitari, per dare risposte efficaci in grado di eliminare il disagio. Impostare programmi di prevenzione (offerta attiva dei servizi, campagne di educazione alla salute e di vaccinazioni), fare una diagnosi, ottenere il consenso informato, raggiungere la *compliance* terapeutica, eseguire un adeguato *follow up* sono attività la cui complessità si moltiplica con le persone straniere. In questo contesto obiettivo dei servizi territoriali ed ospedalieri è ricercare strategie e programmare interventi che facilitino l'accesso e la fruibilità da parte loro.

La presenza del Mediatori Linguistico Culturale nei servizi sanitari nasce dall'esigenza concreta di favorire una *policy* di inclusione che non contrapponga le persone straniere agli autoctoni; fa emergere una nuova professionalità e, al tempo stesso, identifica nella comunicazione e nella gestione del conflitto un nodo

importante per la salute e la cura. Infine, dato che la maggior parte dei mediatori è di origine straniera, pone l'accento sulla valorizzazione delle culture altre e sulla rilevanza che ha questo ruolo nel processo di cambiamento in atto nella società multiculturale.

La ASL Roma C è stata, nel corso degli ultimi quindici anni, capofila per la Regione Lazio di numerosi progetti rivolti agli stranieri immigrati. Tra i più importanti c'è il "Progetto di Mediazione Culturale per la popolazione straniera immigrata e nomade" partito nel 1997 e tuttora in corso, grazie al finanziamento del Comune di Roma – ufficio Città Sane. Applicato nelle strutture sia ospedaliere sia territoriali, tale progetto ha trasformato la nostra ASL in un "laboratorio socio-sanitario" in cui si è sperimentata la funzione diffusa di "mediazione culturale".

Dal 1997 abbiamo deciso di non aprire ambulatori dedicati alla sola popolazione straniera né consultori per le famiglie e le donne straniere. Con una presenza fissa bi o trisettimanale negli ospedali e negli ambulatori STP e a chiamata nei distretti (consultori familiari, centri di salute mentale, ser.T, poliambulatori) abbiamo inserito i/le Mediatori/trici Culturali per facilitare la relazione operatore-paziente, per favorire e potenziare l'interazione delle persone straniere che accedevano a tutti i servizi, per ottenere una maggiore efficacia dell'intervento, rimuovere gli ostacoli che impediscono il successo dell'incontro domanda-offerta di salute e superare la logica dell'assimilazione con l'intento di garantire il rispetto delle differenze.

Oltre a fornire assistenza sanitaria (prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione) diffusamente in tutti i servizi tanto da avere, nelle nostre sale d'attesa e nei corsi di preparazione al parto e alla nascita, donne e ragazze italiane sedute accanto a donne e ragazze straniere, con l'imprescindibile aiuto delle/i mediatrici/tori culturali abbiamo realizzato:

- corsi di formazione di "Intercultura e salute" diretti a tutto il personale
- materiale informativo per l'educazione alla salute, la promozione degli screening per il cervico-carcinoma e la mammella, di informazione sulle vaccinazioni, sul percorso nascita, sull'iter per l'IVG, le malattie sessualmente trasmesse, l'allattamento al seno, la prevenzione degli incidenti stradali e domestici
- traduzioni di consenso informato per i vari reparti ospedalieri
- campagne di vaccinazioni nei campi nomadi
- campagne di educazione alla salute e di orientamento ai servizi sanitari per la popolazione che vive in campi nomadi o insediamenti abusivi
- gruppi di lavoro integrati con i Servizi Sociali dei Municipi
- interventi di promozione dell'utilizzo dei Consultori Familiari nelle " Scuole di italiano"

Compiti della/del Mediatore Linguistico Culturale

Il Mediatore nella propria attività, impegnandosi a mantenere il segreto professionale e a rispettare le regole dell'organizzazione nella quale lavora, ha i compiti specifici riportati nella tabella sottostante.

| <u>Verso gli utenti stranieri</u> | <u>Verso gli operatori della strutture sanitarie</u> |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. osservazione diretta della persona straniera e dei suoi bisogni; 2. informazione e orientamento all'uso dei servizi offerti dalle strutture territoriali e ospedaliere e sulle normative nazionali e regionali; 3. interpretariato linguistico; 4. interventi a livello di comunicazione, sostegno, rassicurazione; 5. facilitazione dell'acquisizione di fiducia da parte della persona straniera sulle proposte o sulle necessità sanitarie individuate dalle figure professionali specifiche; 7. interventi adattati alle specifiche esigenze delle persone straniere attraverso la relazione interpersonale. | <ol style="list-style-type: none"> 1. risposta alle chiamate offrendo la propria professionalità, secondo le esigenze, aiutando l'apertura e il consolidarsi del rapporto di fiducia con l'utente; 2. aiuto all'operatore per far accettare all'utente le procedure sanitarie e socio-sanitarie individuate e per superare le eventuali difficoltà; 3. aiuto all'operatore per adottare procedure, organizzazione e ritmi di lavoro modulati sulle esigenze individuali dello straniero; 4. partecipazione con gli operatori alla discussione dei casi sui problemi emersi o emergenti; 5. traduzione anche "culturale" del materiale di informazione e di educazione sanitaria; 6. disponibilità ad aggiornamento mirato; 7. raccolta e trasmissione dei dati necessari a valutare l'attività |

3.7 Messa in rete dei ginecologi territoriali, ospedalieri e i medici di medicina generale: società medica italiana per la contraccezione, organizzazione nazionale tra mmg e ginecologi per la diffusione della contraccezione in italia (SMIC)

Dr. Maurizio Orlandella AGITE – Dr.ssa Raffaella Michieli SIMG

Nel 2006 è nata la SMIC, la Società Medica Italiana per la Contraccezione, che vede il lavoro comune di 3 Società di medici italiani: l'AOGOI (Associazione Ostetrici e Ginecologi Ospedalieri Italiani), la SIMG (Società Italiana di Medicina Generale, l'AGITE (Associazione dei Ginecologi Territoriali).

| | |
|--------------|--|
| AOGOI | Associazione degli Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani |
| SIMG | Società Italiana di Medicina Generale |
| AGITE | Associazione dei Ginecologi Territoriali |

Il Medico di Medicina Generale e la salute della donna

Una delle principali funzioni del Medico di Medicina Generale (MMG) è senza dubbio quella finalizzata alla diagnosi, alla terapia, agli interventi educativi e di counselling nell'ambito dei problemi dell'adolescenza e della salute delle donne.

Gli accessi delle donne per qualsiasi motivo di salute nello studio del MMG sono superiori a quelli degli uomini (58% contro il 42%), ed in particolare la maggioranza delle donne che seguono una terapia contraccettiva viene a consulto dal suo medico di famiglia. Dati tratti da Health Search (il Data Base della SIMG- cfr.rapporto OSSMED 2005) evidenziano che su circa 135.000 donne tra i 15 ed i 50 anni afferenti allo studio del MMG, per lo meno il 14% ha avuto una prescrizione di Contraccettivo Orale (CO) in tale occasione, nel corso dell'ultimo anno. Molto spesso questo contatto porta a riconfrontarsi sull'uso del CO, o a modifiche della scelta, anche attraverso la valutazione delle condizioni generali di salute della donna e del suo benessere.

Ciò nonostante i MMG non sono mai stati ritenuti, da parte delle aziende produttrici di farmaci legati alla salute della donna, partner sistematicamente contattabili in quel delicato processo di formazione dei medici stessi, e di informazione ed empowerment delle pazienti, utile ad un miglioramento generale delle

condizioni di assistenza anche sul territorio. Infatti esse escludono completamente il MMG dall'informazione relativa ai farmaci per la salute riproduttiva.

Uno degli obiettivi principali della Società Medica Italiana per la Contracezione (SMIC), la cui scelta è proprio quella di unificare le diverse componenti mediche che si occupano della salute delle donne, è quello di affermare con forza e far comprendere a tutti coloro che lavorano in questo campo, che la Salute Riproduttiva e la Contracezione in particolare, non sono solo ad esclusivo appannaggio dei medici Specialisti, ma anche dei Medici di Medicina Generale cui quotidianamente si rivolgono le donne (Vedi Allegato).

In particolare per quanto riguarda le donne fertili, essi le mettono nelle condizioni di poter effettuare una scelta condivisa del metodo contraccettivo, lo personalizzano e lo prescrivono, le motivano a proseguire dopo un primo periodo, ne sorvegliano l'utilizzazione, monitorizzano nel tempo anche l'insorgenza di effetti collaterali, ne fanno eventualmente cessare l'assunzione se del caso, verificano in generale la salute delle donne in terapia con CO (fumo, pressione arteriosa, patologie cardio-vascolari), ed individuano i casi da demandare allo specialista.

Conscia di questa realtà ed in questa ottica, la SMIC intende fare cultura e formazione nell'ambito della contraccezione e della salute sessuale e riproduttiva, mettendo in sinergia le capacità dei ginecologi ospedalieri, dei ginecologi consultoriali, dei medici di medicina generale (MMG).

La RIVISTA "Contracezione Sessualità Salute Riproduttiva", arriva a più di 10.000 medici di Medicina generale, agli Ospedalieri e ai consultoriali iscritti ad AGOI e ai membri di AGITE

Il primo lavoro comune iniziale è stato la preparazione di questo lavoro editoriale di qualità, che potesse dare contributi informativi utili a tutti gli iscritti delle tre società, rappresentando un lavoro comune di crescita culturale e di condivisione. Il comitato editoriale della rivista "Contracezione Sessualità Salute Riproduttiva" ha scelto di lavorare su monografie su grandi temi, che sono spesso affrontati da tutti questi medici: la Contracezione ormonale, l'Aborto volontario del 1° trimestre e la Contracezione d'emergenza. Il lavoro attuale è la preparazione su "LA GESTIONE DELLA TERAPIA CONTRACCETTIVA ORMONALE", che inizierà ad Aprile 2008, con corsi itineranti su tutto il territorio nazionale che portino una formazione comune tra medici di medicina generale, ginecologi specialisti operanti nei consultori, specialisti operanti negli ambulatori ginecologici ed ospedalieri. Gli obiettivi ed i contenuti devono consentire di far acquisire le conoscenze e le competenze necessarie per poter svolgere in autonomia, ma secondo principi condivisi, attività "comuni" alle tre aree professionali (indicazioni di area riproduttiva e non), e di individuare le situazioni in cui i contraccettivi ormonali si inseriscono in problematiche particolarmente "delicate" in cui anche il medico di medicina generale – pur se non coinvolto in prima persona – deve avere piena consapevolezza dei "percorsi" attuati in ambiente specialistico. Ognuno ha il suo punto di vista, ognuno ha il suo modo di agire, ognuno ha il suo tipo di richiesta, ognuno ha una tipologia di utenti ed una tipologia di bisogni. I partecipanti del master si fondono, si confondono, interagiscono, meditano, condividono, e decidono strade e scelte comuni da trasferire nel pratico quotidiano per farne tesoro da proporre ad altri colleghi.

Perché le conoscenze si diffondano, e si diffonda un consiglio autenticamente condiviso a favore della donna, e delle sue scelte, perché il counselling sia sempre più adeguato e completo. Tutto questo perché la contraccezione ormonale si diffonda sempre di più, ad aiutare le scelte consapevoli delle donne, e ad accompagnarle nel loro destino sessuale e riproduttivo.

3.8 La linea guida sulla contraccezione dell'azienda usl 2 dell'Umbria

Dr.ssa Daniela Ranocchia, Unita' Sanitaria Locale n.2 Perugia

L'Azienda USL 2 dell'Umbria ha pubblicato recentemente una linea guida per la pratica clinica sulla contraccezione, che ha come destinatari i professionisti, dipendenti o convenzionati, appartenenti ai seguenti profili: ginecologo, ostetrica, medico delle cure primarie (MMG, Pediatra di libera scelta, Medico di continuità assistenziale), farmacista.

La decisione di realizzare questa linea guida si iscrive nella strategia aziendale di promozione del governo clinico, in quanto tende a diffondere fra i professionisti pratiche cliniche basate su prove d'efficacia, per

migliorare l'appropriatezza e ridurre la variabilità dei comportamenti clinici, incrementando quindi l'efficacia, la sicurezza e l'equità dell'assistenza fornita.

La pubblicazione si iscrive fra le azioni messe in campo per la promozione di una riproduzione consapevole, che è una delle priorità di salute in azienda territoriale con l'AUSL 2, dove i servizi territoriali e ospedalieri dell'area materno-infantile, ed in particolare i consultori, rappresentano un punto d'accesso privilegiato per le donne e le coppie che desiderano programmare la gravidanza.

Le raccomandazioni della linea guida derivano dalla revisione sistematica della letteratura reperibile da fonti accreditate, seguita da analisi e confronto fra i membri del gruppo che ha redatto la linea guida. La linea guida è stata validata anche da revisori esterni.

Il coordinamento del gruppo di lavoro redazionale - composto da: ginecologi e delle ostetriche consultoriali ed ospedalieri dell'ASL 2 e dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, da farmacisti e da medici di medicina generale - è stato affidato allo staff Qualità e al Responsabile del Coordinamento dei Consultori aziendali.

La linea guida affronta la contraccezione ormonale con COC (Contraccettivi Ormonali Combinati) e con CSP (Contraccettivi con Soli Progestinici), lo IUD e la Contraccezione d'Emergenza (CE).

Il documento di compone di due parti:

la prima - domande e risposte per utenti e professionisti – è una sintesi dei messaggi chiave, redatta in forma di domande e risposte e pensata soprattutto per le donne, ma che può servire anche ai professionisti per una consultazione rapida e come supporto informativo alle utenti;

la seconda – la vera e propria linea guida – cerca di raccogliere invece, in forma quanto più sintetica ma al tempo stesso esaustiva, le informazioni più aggiornate e scientificamente accreditata disponibili in letteratura, formulate a partire dai documenti dell'OMS e da pubblicazioni di importanti organismi e associazioni scientifiche internazionali. Nel testo sono inserite anche tavole sinottiche dei contraccettivi in commercio oggi in Italia e dei criteri OMS di eleggibilità all'uso dei metodi contraccettivi affrontati.

Nel corso del lavoro di stesura della linea guida è emersa la necessità di raccogliere in maniera sintetica e di facile consultazione le informazioni essenziali sulla contraccezione d'emergenza(CE). Per rispondere a questa esigenza sono state prodotte due ulteriori pubblicazioni sulla Contraccezione d'Emergenza:

un vademecum per medici ed operatori sanitari

un opuscolo con informazioni per la donna.

I documenti saranno consultabili online nel sito web dell'Azienda USL 2 alle voci "linee guida/report" per operatori - URL: <http://www.ausl2.umbria.it/canale.asp?id=629> e "modulistica e guide" per i cittadini URL <http://www.ausl2.umbria.it/canale.asp?id=807> .

3.9 Percorso IVG a Matera – ASL 4

Dott.ssa Rita Corina, Asl 4 Matera

Il modello organizzativo del servizio prevede il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e l'integrazione dei Servizi Territoriali (operatori Consultoriali) ed Ospedalieri (operatori dell'U. O. di Ostetricia e Ginecologia e dell'U. O. di Anestesia e Rianimazione).

Gli obiettivi:

- 1) adempiere a quanto previsto dalla legge 194
- 2) offerta attiva dei Servizi di pianificazione familiare
- 3) ridurre il ricorso e la recidiva all'IVG
- 4) ridurre la mobilità sanitaria per IVG
- 5) favorire integrazione e progettualità fra territorio-ospedale-territorio.

Steps del percorso:

- 1) accoglienza, ascolto, compilazione cartella consultoriale
- 2) informazione sui Servizi offerti (Osterica e Assist. Sociale)
- 3) consulenza ginecologica, counseling, contraccezione, prescrizione esami pre-operatori, consenso informato

- 4) ecografia, valutazione complessiva eseguita dal Ginecologo Consultoriale e Ginecologo Ospedaliero in sede Consultoriale
- 5) prenotazione ospedaliera (in day surgery) a cura del Consultorio
- 6) pomeriggio del martedì presso Reparto di Ostetricia e Ginecologia in programmazione con la Sala Operatoria
- 7) ritorno in Consultorio per il Post IVG: 10-15 gg dopo

E' importante rilevare che grazie a questa iniziativa tra il primo accesso nei Consultori e l'esecuzione dell'IVG intercorrono in media 9 giorni.

3.10 I maschi al consultorio adolescenti e la prevenzione delle MST

Dott.ssa Antonella Debora Turchetto, ASL di Marghera (Venezia)

Dall'analisi dei dati relativi ai Consultori Adolescenti in Italia emerge uno scarso utilizzo dei servizi da parte dei maschi ed un'offerta poco attenta alle caratteristiche di genere.

Il coinvolgimento dei giovani maschi si è ormai dimostrato indispensabile per rendere veramente efficace qualsiasi intervento di prevenzione per quanto attiene alla salute sessuale e riproduttiva, sia nel campo delle malattie sessualmente trasmesse che nella prevenzione delle gravidanze indesiderate.

Una struttura consultoriale per adulti e adolescenti maschi può senz'altro beneficiare della presenza, almeno una volta alla settimana, dello specialista in Uro-Andrologo, ma l'approccio del Consultorio Adolescenti deve sviluppare nelle proprie azioni positive l'aspetto educativo/preventivo.

Si tratta di saper strutturare una attività consultoriale fortemente caratterizzata "al maschile" sia per ciò che attiene al contenuto dell'informazione sia per la metodologia didattica, che parte dalla osservazione pedagogica che i giovani maschi si esprimono e apprendono meglio attraverso il fare/manipolare piuttosto che col dire.

Chi ebbe la ventura di frequentare la Biennale di Venezia negli anni '70 si trovò coinvolto a sperimentare direttamente della ART BOXES dentro le quali il fruitore, non più spettatore, doveva attivarsi e agire per poter accedere al momento artistico.

Da più di quindici anni, presso il Consultorio Adolescenti di Marghera-Venezia, è attivo un progetto rivolto agli Adolescenti che utilizza lo strumento didattico denominato "SPAZIO MASCHIO", uno spazio "interattivo" che attraverso una serie di attivazioni sviluppa nell'adolescente maschio curiosità e consapevolezza circa il proprio corpo sessuato ed il proprio ruolo socio sessuale.

L'utilizzo della struttura è possibile sia in maniera spontanea da parte dei ragazzi che accedono al Consultorio Adolescenti, come utenti o come accompagnatori, sia in maniera guidata come parte integrante del percorso di Educazione alla Salute programmato per gli alunni delle terze medie inferiori ("Una Bussola per gli Adolescenti"). Gli studenti sono invitati ad entrare uno alla volta nello "SPAZIO MASCHIO", un' *Activity Box* di legno compensato abbastanza grande (1,5 x 2,0 m) da consentire un minimo di vivibilità anche all'interno. Durante la loro visita alla sede del Consultorio Adolescenti

Vi si accede attraverso una apertura laterale dalle dimensioni ridotte, una porticina, sopra cui sta la scritta "ENTRA". All'interno vi sono dei materiali per le attivazioni e dei cartelloni disegnati con pennarelli colorati che illustrano con semplicità e chiarezza le aree tematiche di intervento che abbiamo individuato:

- a. diagnosi precoce del varicocele e altre patologie testicolari
- b. come indossare e utilizzare correttamente il preservativo
- c. schemi di anatomia e dei meccanismi di erezione dei corpi cavernosi maschili penieni e femminili vulvari, con le ghiandole del Cowper disegnate in grande evidenza per far conoscere i rischi connessi al coito interrotto
- d. informazioni sulle malattie sessualmente trasmesse

L'orchidometro (la collana di ovoidi di calibro diverso per la misurazione del volume dei testicoli) è coloratissimo e costituisce un forte richiamo alla manipolazione. E' molto importante che l'apprendimento sia veicolato con modalità quasi giocose ed estremamente facilitanti, anche per

testimoniare che esiste un modo molto semplice e concreto per far diagnosi di alcune patologie (varicocele, ipotrofia testicolare ecc.)

Che cosa c'è di più incisivo, ai fini dell'apprendimento, di un impatto tattile visivo diretto?

Lo "SPAZIO MASCHIO" ha anche lo scopo di manifestare un interesse esplicito del Consultorio nei confronti dell'utenza maschile, con la speranza che ciò possa servire ad aumentare la fruizione del servizio da parte di questa latitante metà del cielo

3.11 Violenza modalità di intervento delle ginecologhe consultoriali al soccorso VIOLENZA SESSUALE in Clinica Mangiagalli: collegamento permanente tra territorio ed Ospedale *Dr.ssa Alessandra Kustermann*

Il *Soccorso Violenza Sessuale* nacque nel Maggio del 1996, a pochi mesi dalla approvazione della legge 66 sulla violenza sessuale. Si voleva garantire alle vittime di violenza sessuale che arrivavano in Clinica Mangiagalli un immediato soccorso per 24 ore al giorno 365 giorni l'anno. Fin dall'inizio fu chiaro che il trauma determinato dalla violenza sessuale richiedeva interventi più complessi della visita e della raccolta delle prove, per questo furono integrate nel servizio figure professionali con competenze diverse.

Il progetto di istituire un "Centro medico di assistenza ai problemi della violenza alle donne e ai minori" fin dall'inizio fu previsto che si avvallesse di ginecologhe, psicologhe e assistenti sociali dipendenti non solo dalla Mangiagalli ma anche da altri ospedali, da ambulatori polispecialistici e dai consultori di Milano e Provincia. Per consentire la presenza di personale di altri enti furono messe in atto convenzioni tra l'allora Azienda Ospedaliera ICP di cui la Clinica Mangiagalli faceva parte (oggi Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena) con le ASL e le Aziende Ospedaliere di provenienza.

Si istituì una proficua collaborazione tra la Clinica Mangiagalli, l'Istituto di Medicina Legale dell'Università di Milano e il Servizio Famiglia dell'ASL Citta' di Milano (da cui i consultori famigliari dipendono) che consentì di superare le difficoltà di integrare all'interno di un ospedale figure sanitarie e psico-sociali provenienti da enti diversi.

Dal 1998 la regione Lombardia ha riconosciuto il SVS come centro di riferimento regionale e lo finanzia come funzione speciale con fondi specificamente assegnati, facilitando il problema del pagamento delle reperibilità delle ginecologhe, infermiere/ostetriche e medici legali.

Modalità di assistenza

La vittima di violenza sessuale (donna, ragazza, giovane uomo, bambina/o) arriva all'SVS:

- per arrivo spontaneo
- inviata da altre strutture sanitarie (ospedali, consultori, ecc.) o psico-sociali
- accompagnata dalle forze dell'ordine (polizia, carabinieri)

Il primo intervento prevede un'accoglienza con tempi variabili a seconda dello stato e delle necessità della vittima ed una valutazione clinica e medico-legale: visita ginecologica e clinica, con evidenziazione degli aspetti psicologici del trauma, raccolta delle prove, tamponi per ricerca spermatozoi o tracce di liquidi biologici per analisi del DNA, prelievi di sangue e urine per esami infettivologici e tossicologici. Nell'*esame ispettivo genitale e extra-genitale* vengono descritte e fotografate le lesioni, anche minime.

Tutto il personale coinvolto (infermiere, ostetriche, ginecologhe, medici legali, chirurghi di diverse specialità, pediatri e chirurghi pediatri), psicologhe e assistenti sociali è stato formato ad accogliere le vittime di violenza, con la consapevolezza che per curare bisogna soprattutto sapere ascoltare, comprendere e non giudicare. Il superamento del trauma non si esaurisce nel primo intervento e le situazioni di vulnerabilità, che talora coesistono con la violenza sessuale, determinano una molteplicità di bisogni. L'integrazione tra diverse figure professionali è fondamentale per mettere in atto un progetto condiviso con la vittima (sostegno psico-sociale, attivazione di risorse, denuncia e assistenza legale, allontanamento dal domicilio, comunità di pronta accoglienza).

Il SVS è aperto tutti i giorni feriali dalle 9 alle 17, con la presenza dell'infermiera e di almeno una delle 3 assistenti sociali (2 provengono dai consultori); due volte la settimana è presente una psicologa (proveniente dal Servizio Famiglia dell'ASL Città di Milano).

La pronta disponibilità di una ginecologa, di un'infermiera/ostetrica e di un medico legale è garantita nell'arco delle 24 ore, tutti i giorni dell'anno.

Si possono differenziare le modalità di intervento nell'emergenza, da quelle che si attuano nei casi che arrivano con appuntamento.

Nell'emergenza intervengono, su chiamata del personale di guardia in Clinica Mangiagalli, le ginecologhe (ospedaliere o consultoriali) affiancate da infermiere o ostetriche, ed è possibile contattare il medico legale in tutti i casi in cui ve ne sia la necessità e comunque sempre previo consenso della persona che si è rivolta al SVS con una richiesta di aiuto. In caso di bambini al di sotto dei 14 anni il medico legale viene sempre chiamato.

Per le persone che arrivano nell'orario di apertura del servizio l'accoglienza viene effettuata dall'infermiera e dall'assistente sociale, che si occupano anche del follow-up insieme alle ginecologhe (soprattutto dei consultori che hanno 4 ore al mese previste di servizio ambulatoriale all'interno del SVS). All'interno del servizio tutti i giorni feriali si alternano una psicologa e due assistenti sociali dell'ASL Città di Milano che insieme all'assistente sociale della Fondazione Policlinico si occupano degli aspetti sociali e psicologici, cercando di costruire con la persona vittima di violenza un progetto condiviso. La presa in carico di più lungo periodo può prevedere anche l'attivazione di un lavoro di rete più allargato con i servizi pubblici e del volontariato sociale che si occupano di questi temi. I consultori insieme agli altri servizi psico-sociali dell'ASL possono essere gli inviati di un caso, ma sono anche una risorsa per un costruire un progetto di aiuto insieme alle Unità Tutela Minori, ai Centri Psicologici per Bambini e Adolescenti, ai Servizi di Neuropsichiatria Infantile, ai SERT e ai NOA.

Vengono organizzate riunioni settimanali di equipe tra ginecologhe (ospedaliere e consultoriali), assistenti sociali, psicologa e infermiere per discutere gli interventi da mettere in atto. Una volta al mese vi è una riunione plenaria d'equipe di confronto per migliorare la qualità del SVS a cui partecipano anche i medici legali e quando opportuno gli avvocati penalisti e civilisti dell'associazione di volontariato SVS-DONNAIUTADONNA, che garantisce l'assistenza legale alle vittime.

Il SVS dal 15/5/1996 al 31/12/2007 ha assistito 2.701 persone vittime di violenza sessuale, tra cui 519 bambini di età inferiore a 14 anni.

Oltre all'intervento diretto di assistenza alle vittime, il SVS ha anche il ruolo di promuovere una sensibilizzazione sulle problematiche della violenza alle donne e favorire un cambiamento culturale in tale ambito. Molte ginecologhe e le assistenti sociali del SVS, soprattutto provenienti dai consultori, sono impegnati nell'organizzazione di corsi e seminari sui problemi della violenza e nella formazione degli operatori delle Forze dell'Ordine o di servizi sanitari di ASL e ospedali anche di altre regioni italiane.

4 Proposte conclusive

Partendo dal quadro di riferimento, dai problemi emersi e dalle buone pratiche selezionate, abbiamo potuto avanzare alcune proposte sulle tre priorità prescelte:

1) Consultori familiari

- a) Garantire e definire il collegamento con i servizi di II e III livello (Specialistica ed Ospedali) e con i MMG e i PLS.
- b) Garantire l'apertura del Servizio Consultoriale in ogni Distretto almeno per 6 mattine e 5 pomeriggi alla settimana e l'accoglienza senza appuntamento, entro 48 ore di alcune richieste come: Contraccezione d'emergenza (CE), inserimento di IUD, problemi in gravidanza, problemi degli adolescenti, attestazione di richiesta IVG, accoglienza di richieste per problemi di Violenza.
- c) Dedicare almeno il 50 % del lavoro di tutti gli operatori consultoriali alle attività di iniziativa, privilegiando: progetti e sportelli per affrontare la violenza domestica, per lavorare con le scuole di ogni ordine e grado, corsi di accompagnamento alla menopausa e alla genitorialità.

- d) d)Garantire l'apertura almeno uno per Distretto di Spazi di Accoglienza antiviolenza , capaci di affrontare la conflittualità di Genere, nonché di Spazi Adolescenti , ove si offrano servizi gratuiti per la contraccezione (profilattici maschili e femminili, pillole a basso dosaggio,CE) test di gravidanza, ecc.
- e) Garantire il servizio di Mediazione Culturale non come optional ma come strumento di lavoro strutturato nei Servizi Consultoriali.
- f) Garantire l'incardinamento del Servizio Consultoriale all'interno del SSN e Regionale, in modo da individuare Responsabili a livello Regionale, di ASL e di Distretto, a cui verranno chiaramente attribuiti: personale, obiettivi, progetti e budget relativo. Prevedere sviluppi di carriera chiari e definiti per U. O. Complesse e Semplici; ciò potrebbe aiutare a dare valore a questo Servizio finora considerato da molti di serie C, anche perché privo di alcuno sviluppo possibile di carriera.

2) IVG e Contraccezione

- a) Formare i MMG e i PLS assieme ai medici Consultoriali e ai medici ginecologi Ospedalieri su:
 - legge 194- epidemiologia, metodiche Karman, nuova strumentazione,
 - aborto medico (RU486),
 - contraccezione (post- IVG, IUD e Contraccezione Ormonale, e su Contraccezione di emergenza,CE).
- b) Considerare la richiesta di prescrizione per la CE come codice VERDE nei Pronto Soccorso; confermare la somministrazione di CE come prestazione non abortiva e conseguentemente escluderla dall'obiezione di coscienza da parte degli operatori sanitari, compresi i farmacisti.
- c) Provvedere a rendere più facile l'assunzione continuativa di CO tramite l'inserimento di più blister nella stessa scatola (fino a 6 confezioni).
- d) Inserire nel SSN in classe A le pillole a basso dosaggio (30 gamma di EE) o di solo progestinico, attualmente tutte in C, quindi a pagamento, considerando la prevenzione dell'IVG un LEA.
- e) Rendere accessibili nel prezzo gli IUD sia al rame che al progestinico nei servizi pubblici, inclusi i consultori familiari in modo che le donne possano pagarle un prezzo ridotto e, in alcuni casi di donne con difficoltà economiche, possano essere date gratuitamente, in linea con quanto affermato nella legge 194.
- f) Garantire la presenza di almeno un medico non obiettore in ogni Distretto, presente almeno 4 volte alla settimana e di mediatrici culturali in tutte le ASL a disposizione dei Servizi Consultoriali e Ospedalieri.
- g) Negli Ospedali che eseguono IVG, rendere disponibile idonea strumentazione (Karman) , spesso non adeguata, utilizzando le risorse derivanti dai DRG per le IVG.
- h) Rendere obbligatoria la pubblicizzazione da parte delle ASL delle sedi e degli orari dei servizi ospedalieri dove si effettuano le IVG e dei Consultori, anche delle ASL limitrofe, in diverse lingue oltre l'italiano.
- i) Organizzare in modo chiaro tutto il percorso prima e dopo la IVG , in ogni ASL. Al fine di favorire la contraccezione per una maternità responsabile.

3) Fertilità e MST

- a) Utilizzare i fondi della L. 40/2004 per l'informazione e la prevenzione dell'infertilità e delle MST.
- b) Favorire la ricerca rispetto alle MST per genere;
- c) Formazione specifica e comune degli operatori (MMG, PLS, Ginecologi Consultoriali ed Ospedalieri).
- d) Informazione e comunicazione specifica rivolta alle 12enni e ai loro genitori sulla vaccinazione contro HPV.
- e) Prevedere informazione specifica rivolta alla popolazione giovanile delle scuole superiori;
- f) Proporre lo screening per la Chlamydia unitamente al I° PAP test.

Il percorso nascita: periodo preconcezionale, gravidanza, parto, puerperio

A cura di

Giovan Battista Ascone, con la collaborazione di **Gianfranco Gori**- CeVEAS

Gruppo di lavoro

“Il percorso nascita: periodo preconcezionale, gravidanza, parto, puerperio”

Coordinatori: Francesca Fratello, Filippo Palombo

Fonti: i dati presenti nel capitolo “**Gravidanza e Parto**” sono tratti dalla Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) 2005 (*Ufficio VI Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema*) e dal Certificato d’assistenza al parto (CeDAP) 2005 (*Ufficio II Direzione generale del sistema informativo*)

1. Principi

La tutela della salute in ambito materno infantile costituisce un impegno di valenza strategica dei sistemi socio-sanitari POMI
2000

L'O.M.S. ha individuato nel miglioramento della qualità della vita della madre e del bambino uno degli obiettivi sanitari prioritari a livello mondiale POMI
2000

Gravidanza, parto e puerperio sono eventi fisiologici che possono talvolta complicarsi in modo non prevedibile e con conseguenze gravi per la donna, per il nascituro e per il neonato POMI 2000

Fine di una moderna assistenza perinatale e' quello di ottenere una mamma ed un bambino in perfetta salute con il livello di cure più basso compatibile con la sicurezza OMS 1996

Ogni atto assistenziale soprattutto in campo ostetrico (trattandosi di eventi fisiologici) deve avere una motivazione ed una indicazione precisa e chiara

Tutte le donne, sia che la loro gravidanza, il loro parto e puerperio siano complicati o no, necessitano di servizi di assistenza perinatale di elevata qualità e appropriatezza durante tutto il Percorso Nascita

2. Aspetti normativi L. 405/75 L. 34/96 Progetto Obiettivo Materno-Infantile LEA

L'alto livello tecnologico raggiunto e per contro la richiesta crescente di umanizzazione della nascita, hanno portato alla necessità di una legislazione nel campo ostetrico che renda possibile il confluire di queste due esigenze "umanizzazione e sicurezza": uno degli strumenti indispensabili a tal fine risulta essere la continuità dell'assistenza.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità approvava nel 1985 le raccomandazioni "Tecnologia appropriata per la nascita" basate sul principio che ogni donna ha il diritto a ricevere un'assistenza prenatale appropriata e che i fattori sociali, emotivi e psicologici sono estremamente importanti per un'assistenza adeguata. Proponeva quindi migliori livelli di assistenza e demedicalizzazione del parto fisiologico, ponendo le basi per l'integrazione fra umanizzazione e sicurezza. e, nel 1996, affermava che "il fine di una moderna assistenza perinatale e' quello di ottenere una mamma ed un bambino in perfetta salute con il livello di cure più basso compatibile con la sicurezza".

La legislazione italiana degli ultimi anni si è preoccupata principalmente degli aspetti relativi alla sicurezza, individuando le competenze necessarie per un'adeguata assistenza alla gravida, al feto e al neonato in funzione dei livelli di rischio perinatale. Le cure perinatali ospedaliere sono classificate in tre livelli. Si definiscono unità perinatali funzionali di I livello (cure minime), le unità che in assenza di patologie accertate controllano la gravidanza a basso rischio garantendo il diritto della madre di vivere il parto come evento naturale con adeguati livelli di sorveglianza della progressione del travaglio- parto e del benessere fetale e neonatale mediante utilizzo di strumenti idonei.

Si definiscono unità funzionali perinatali di II livello (cure medie) le unità che assistono gravidanze e parti a rischio e i relativi nati con patologia che non richiedano ricovero presso il III livello di cura. La sala travaglio e parto è considerata luogo di assistenza intensiva. Si definiscono unità funzionali perinatali di III livello (cure intensive) le unità che assistono gravidanze e parti a rischio elevato e i nati patologici ivi inclusi quelli bisognosi di terapia intensiva. I requisiti e gli standard minimi assistenziali per le unità operative di ostetricia e neonatologia di I, II, III livello sono stati definiti dal Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) recepito con D.M. 24 aprile 2000.

Dal POMI traspare la tendenza alla realizzazione di un sistema fortemente integrato (integrazione funzionale e cooperazione tra i vari livelli istituzionali, in ospedale come sul territorio, in ambito sanitario e socio-sanitario), secondo un modello organizzativo di tipo dipartimentale che mira al soddisfacimento dei

bisogni della persona, nel rispetto di quanto riporta l'art. 17 bis del D.L.vo n.229 del 19 giugno 1999.

Tale modello organizzativo mira a garantire unità, efficienza e coerenza negli interventi dell'area materno infantile, vista l'afferenza in essa di molteplici discipline tra loro omogenee, affini e complementari, sinergizzando le attività delle Aziende territoriali e ospedaliere e valorizzando le interdipendenze esistenti fra le strutture operative. Il POMI prevede un'integrazione a rete comprendente, accanto agli ospedali, i distretti, i consultori familiari e gli altri servizi attivi nell'ambito dell'area materno-infantile. In tale contesto viene segnalata la necessità di una convergenza fra maggiore umanizzazione dell'evento nascita e fattori che garantiscano la sicurezza per il binomio madre-bambino.

Appropriatezza ed efficacia, qualità e sicurezza unitamente alla promozione e tutela della salute sono alla base del POMI.

L'offerta dei servizi ospedalieri ostetrici e pediatrici/neonatologici è basata su un'organizzazione a rete regionale o interregionale articolata in tre livelli. L'assistenza alla gestante è affidata alle Unità Operative ostetrico-ginecologiche, del livello considerato, ed è soddisfatta da personale specializzato (ostetrico-ginecologico) dei ruoli laureati delle suddette Unità Operative, dalle ostetriche e da personale dei ruoli infermieristici e tecnici, appartenente all'Area Funzionale Omogenea ospedaliera nonché dal Consultorio Familiare.

La tutela della salute delle donne gravide che afferiscono a strutture di I o II livello e dei feti, di fronte all'evidenziarsi di situazioni cliniche richiedenti trattamenti di livello superiore è garantita dall'obbligo dell'ostetrico-ginecologo di guardia di accertare clinicamente e strumentalmente gli elementi di rischio materni e/o fetali che indicano l'opportunità di un trasferimento e dall'efficienza di un servizio di trasporto della gravida.

L'assistenza al neonato è affidata, a seconda del livello considerato, all'Unità Operativa di Neonatologia e Patologia Neonatale (con o senza Unità di Terapia Intensiva Neonatale) o all'Unità Operativa di Pediatria e Assistenza Neonatale ed è soddisfatta da personale specializzato (pediatra, neonatologo) dei ruoli laureati delle suddette Unità Operative e da personale dei ruoli infermieristici e tecnici, anch'esso con competenze specifiche pediatrico/neonatologiche, appartenente all'Area Funzionale Omogenea ospedaliera.

Le Unità Operative Ostetriche, con le Unità Operativa di Neonatologia e Patologia Neonatale (con o senza Terapia Intensiva Neonatale) e le Unità Operativa di Pediatria e Assistenza Neonatale afferiscono all'organizzazione dipartimentale di appartenenza.

Nell'organizzazione dipartimentale dell'area materno-infantile, nella definizione dei livelli funzionali, di norma, le Unità Operative di ostetricia e le Unità Operative di Neonatologia e Patologia Neonatale e/o Unità Operativa di Pediatria e Assistenza Neonatale operano a livello corrispondente.

Un livello superiore deve erogare oltre alle prestazioni che lo caratterizzano, anche quelle indicate per i livelli inferiori, perciò, ove non indicati, si intendono sempre richiesti per il livello superiore i requisiti previsti nel livello inferiore.

In condizioni territoriali caratterizzate, per esempio, da Regioni piccole e con pochi punti nascita, da condizioni orogeografiche particolari, ecc. può essere ragionevole programmare, sia per l'assistenza ostetrica che pediatrico/neonatologica, soltanto due livelli: per esempio il I e il II, se il bacino di utenza è territorialmente limitato ed è possibile fare afferire le gravide e i neonati ad alto rischio ad una Azienda o Regione limitrofa dotata di III livello ostetrico e le Unità Operativa di Neonatologia e Patologia Neonatale – Unità di Terapia Intensiva Neonatale; oppure attivare solo il I e il III livello, per limitare i costi di strutture di II livello sottooccupate. Componente essenziale in questo contesto è il collegamento tra punto nascita periferico e centro di riferimento di III livello attraverso il funzionamento del Servizio di Trasporto Assistito Materno (servizio 118).

Entrando maggiormente nel merito, nel percorso nascita vengono evidenziati importanti obiettivi cui tendere, tra cui:

- l'umanizzazione della nascita, attraverso corsi pre-parto, la qualificazione del personale, la presenza di una persona scelta dalla donna durante il travaglio ed il parto, la sperimentazione di percorsi di demedicalizzazione del parto, l'attivazione di percorsi facilitanti il contatto madre-bambino, il rooming-in, l'assistenza al puerperio;
- favorire l'avvicinamento-contatto puerpera-neonato (anche patologico) tramite il collegamento funzionale-strutturale tra area ostetrico-ginecologica e area pediatrica-neonatologica; applicazione di

norme regionali di indirizzo per l'area ospedaliera materno-infantile miranti a favorire l'integrazione operativa tra Unità Operativa Ostetrica e Unità Operativa neonatologica-pediatrica soprattutto in fase di riordino-ristrutturazione dei reparti, adeguamento strutturale al fine di facilitare il rooming-in e l'allattamento al seno;

- la promozione dell'allattamento al seno;
- l'attivazione della rete sanitaria ospedaliera-territoriale e sociale per il rientro a domicilio della madre e del neonato atta a favorire le dimissioni protette e le dimissioni precoci;
- la salvaguardia della salute della gravida e del neonato attraverso l'afferenza al punto nascita competente per bisogni di salute e la possibilità che gravide e neonati ad alto rischio siano assistiti al III livello;
- la riduzione dei Tagli Cesarei in particolare nelle strutture di I e II livello;
- la prevenzione ed il trattamento della patologia materna e dei grandi ritardi di accrescimento intrauterino, della prematurità, delle malformazioni maggiori e delle altre patologie fetali, attraverso l'individuazione di protocolli di prevenzione pre-concezionale, di diagnosi prenatale e di terapia materno – fetale e neonatale, la prevenzione secondaria dell'ipotiroidismo congenito e delle malattie su base genetica.

La diffusione della pratica della dimissione precoce della puerpera dai servizi ostetrici (entro 48-72 ore dal parto) comporta la presa in carico da parte dei servizi territoriali molto precoce del nuovo nato e della famiglia e richiede un miglior collegamento fra l'ospedale ed i servizi territoriali. Infatti la popolazione dei neonati precocemente dimessi, e che non necessitano di follow-up ospedaliero, deve afferire all'area delle cure primarie di competenza del Pediatra di libera scelta: piccoli problemi di avvio dell'allattamento al seno (o, più in generale, dell'alimentazione), controllo dell'ittero fisiologico; monitoraggio della corretta effettuazione degli screening neonatali, aiuto alla coppia e alla famiglia nell'accudimento del nuovo nato e nell'inserimento nel nucleo allargato, soprattutto in presenza di altri figli o parenti conviventi, ecc. E' compito dell'organizzazione dipartimentale dell'area materno-infantile, nelle more della presa in carico da parte del Pediatra di libera scelta, assicurare la continuità assistenziale nell'ambito delle attività ambulatoriali pediatriche.

Nel POMI si fa riferimento anche alle strutture territoriali del SSN impegnate nell'assistenza alla gravidanza. *“Il Consultorio familiare viene identificato come un importante strumento, all'interno del Distretto per attuare gli interventi previsti a tutela della salute della donna. Le attività consultoriali rivestono infatti un ruolo fondamentale nel territorio in quanto la peculiarità del lavoro di équipe rende le attività stesse uniche nella rete delle risorse sanitarie e socio-assistenziali esistenti.*

Dalla emanazione della legge 405/75 e delle leggi attuative nazionali e regionali, le condizioni di regime dei Consultori per completezza della loro rete e stabilità del personale non sono ancora state raggiunte e, soprattutto al Sud, persistono zone con bassa copertura dei bisogni consultoriali (la legge n. 34/96 prevede un consultorio familiare ogni 20.000 abitanti).

L'esigenza di integrazione nel modello dipartimentale, e soprattutto la messa in rete dei Consultori Familiari con gli altri servizi sia sanitari che socio-assistenziali degli Enti Locali, impone un loro adeguamento nel numero, nelle modalità organizzative e nell'organico, privilegiando l'offerta attiva di interventi di promozione della salute attraverso la realizzazione di strategie operative finalizzate al raggiungimento degli obiettivi di salute da perseguire nel settore materno infantile.

Il consultorio si integra nella rete dei servizi territoriali a livello distrettuale e deve essere salvaguardato il lavoro di équipe, fondamentale per garantire globalità e unitarietà dell'approccio preventivo. L'organizzazione dipartimentale dell'area materno - infantile garantisce l'integrazione con gli altri servizi territoriali e con quelli ospedalieri e degli Enti Locali per permettere la continuità della presa in carico e per la realizzazione degli interventi di promozione della salute, di cui è responsabile per quanto attiene a programmazione, coordinamento generale e valutazione”.

Viene quindi ribadito l'impegno a privilegiare la globalità e la unitarietà delle risposte ai bisogni emergenti nei vari ambiti di azione e l'integrazione con le Unità Operative territoriali e le Unità Operative Ospedaliere afferenti all'organizzazione dipartimentale dell'area materno-infantile .

Tenuto conto del diritto della gravida alla scelta della figura professionale o della struttura territoriale o ospedaliera cui affidarsi nel percorso nascita, l'offerta attiva del Consultorio Familiare dovrà privilegiare

le donne e le coppie che possono trovare difficoltà di accesso ai servizi pubblici e privati.

Nel consultorio viene anche individuato il luogo per la continuità dell'assistenza alla puerpera e al neonato.

La promozione dell'allattamento al seno, auspicata dagli Organismi internazionali, dal Ministero della Salute e dalle Società scientifiche, riconosce nella corretta informazione in alcuni momenti prenatali e neonatali un'importanza fondamentale nell'offrire alla madre ed al neonato lattante condizioni più favorevoli al successo-soddisfacimento dell'allattamento naturale. Il contributo dei servizi territoriali, in particolare del Consultorio Familiare, durante i corsi di preparazione al parto, in occasione del contatto domiciliare dopo la dimissione precoce della coppia madre-neonato e della successiva offerta attiva di servizi a livello territoriale è di notevole rilevanza, purché inserito in un progetto di Azienda che integri le varie competenze ospedaliere e territoriali (comprese le Associazioni di volontariato) nella formazione ed aggiornamento specifici del personale e nel supporto diretto alla madre.

La frequente carenza di aiuto alla puerpera al momento del rientro a domicilio suggerisce la necessità di un maggiore impegno dei servizi territoriali ed in particolare del Consultorio Familiare nel risolvere i problemi della puerpera e del neonato. Tale esigenza ha assunto particolare rilevanza a seguito dell'incremento numerico delle dimissioni ospedaliere precoci, che devono essere appropriate e concordate con la madre. In ogni caso devono essere esplicitati i criteri sanitari adottati per assicurare che madre e neonato siano dimessi in condizioni appropriate per la prosecuzione delle cure a domicilio e le misure di salvaguardia del benessere della diade, con particolare riferimento alle dimissioni antecedenti le 48 ore dopo il parto. In particolare, le azioni previste sono:

- nel rispetto del principio della continuità assistenziale ed in presenza di effettive possibilità di cure domiciliari da parte dei servizi territoriali deve essere attivata un'offerta di assistenza ostetrica e pediatrica (almeno nell'attesa che il neonato sia registrato tra i clienti del pediatra di libera scelta), a domicilio almeno nel corso della 1a settimana di vita, e soprattutto in caso di dimissione precoce;
- deve essere tenuta in considerazione l'esigenza di tutela della salute fisica e psichica di madre e neonato e delle esigenze relazionali ed organizzative del nucleo familiare, in particolare modo in presenza di soggetti "a rischio" sociale o sociosanitario (extracomunitarie, nomadi, ecc.) rispetto ai quali deve essere prevista una presa in carico complessiva, di concerto con i servizi sociali .

Il Progetto Obiettivo Materno Infantile ha certamente fornito indicazioni chiare relative all'integrazione dei servizi presenti sul territorio nazionale definendo gli standard strutturali, tecnologici ed organizzativi.

Dalla situazione che emerge oggi in Italia si rileva che altre problematiche oltre quelle affrontate dal Progetto Obiettivo Materno Infantile, peraltro in poche realtà regionali attuate, necessitano di una normativa e, in particolare, gli aspetti di discontinuità di assistenza gravidanza-travaglio, discontinuità in travaglio, alto tasso di tagli cesarei, utilizzo della tecnologia non appropriato ai livelli di rischio, necessità di contenimento della spesa.

La "continuità" è lo strumento attraverso il quale l'assistenza può diventare personalizzata dando centralità alla diade madre-bambino al fine di armonizzare i bisogni di sicurezza e umanizzazione.

In gran parte dei Paesi industrializzati occidentali è, infatti, cresciuta l'esigenza di attenzione per gli aspetti relazionali, affettivi e culturali della nascita; anche in Italia da oltre un decennio alcuni istituti ospedalieri, consultori oltre che associazioni culturali e gruppi di volontariato hanno cercato di agire in modo da restituire attenzione e umanità alla nascita, modificando le loro pratiche assistenziali routinarie, rendendo centralità ai soggetti della nascita e limitando allo stretto necessario gli interventi sanitari, farmacologici e tecnici.

E' in questa direzione che negli ultimi anni alcune regioni hanno legiferato: la Regione Abruzzo(L.R. 11/4/90 n 35: Norme per la tutela della salute e del benessere psicofisico della donna partoriente e del neonato), la Regione Liguria (L.R. 6/4/95 n 24:Tutela della gravidanza, della nascita e del neonato), la Regione Marche (L.R. 27/7/98 n 22: Diritti della partoriente, del nuovo nato e del bambino speditizzato), la Regione Emilia-Romagna (L.R. 11/8/98 n26: Norme per il parto nelle strutture ospedaliere, nelle case di maternità e a domicilio), la Regione Piemonte (Proposta di legge n 156 presentata il 11/10/2000 :Norme in tema di gravidanza, parto e nascita) .

3. Stato dell'arte

In accordo con le più recenti indagini campionarie sulla qualità dell'assistenza al percorso nascita nel nostro Paese (1,2,5,6), la quasi totalità delle donne intervistate (99,6%) dichiara di aver ricevuto assistenza sanitaria in gravidanza.

Le problematiche che emergono, riguardano l'eccessivo ricorso all'assistenza privata (81% a livello nazionale) specie nell'Italia Centrale (85%) e Meridionale (86%) e la sovrautilizzazione delle prestazioni diagnostiche, senza differenze sostanziali tra le gravidanze fisiologiche e quelle complicate da patologia. A fronte delle tre ecografie presenti nel protocollo degli esami esenti da ticket in gravidanza (3), il numero medio e mediano di ecografie è stato pari a cinque ed il 24% del campione ha eseguito sette o più esami ecografici in gravidanza.

Un'altra area critica è quella della carenza di informazioni e conoscenze tra le donne che, ancora troppo spesso, sono escluse dai processi decisionali. Le quote più alte di disinformazione riguardano le madri di bassa istruzione e quelle residenti al Sud. I corsi di preparazione alla nascita, risultati associati ad una riduzione degli esiti negativi per la salute della madre e del bambino (4), sono frequentati solo dal 30% delle donne con forti differenze per area geografica (10% al Sud e 42% al Nord) e per istruzione (39% delle donne con istruzione secondaria o superiore contro il 4% di quelle con nessun titolo di studio o licenza elementare).

Come sottolineato dall'Istituto Superiore di Sanità (1,2,4) la maggiore consapevolezza della donna ed il recupero del suo ruolo di soggetto attivo nella gestione dell'evento nascita sono condizioni essenziali per una pratica ostetrica meno invasiva. Inoltre le donne non adeguatamente informate e prive di una relazione interattiva con il medico sono meno disposte a comprendere ed accettare un fallimento e ricorrono più spesso al magistrato alimentando le ragioni di tutela medico legale che stanno trasformando l'ostetricia in una pratica difensiva.

Nel nostro paese il ricorso al taglio cesareo è in continuo aumento e si è passati dall'11,2% del 1980 (5) al 29,8% del 1996 (6) ed al 38,2% del 2005 (7) con notevoli variazioni per area geografica (23,2% nella P.A. di Bolzano e 60,0% in Campania) e la presenza di valori più bassi nell'Italia settentrionale e più alti nell'Italia meridionale e insulare.

Il rischio di partorire mediante cesareo è maggiore all'aumentare dell'età materna, per le primigravide, per le donne che partoriscono in una casa di cura privata (accreditata o no) e per quelle residenti nel Sud.

Al contrario l'aver partecipato ad un corso di preparazione alla nascita comporta un minor rischio di subire un taglio cesareo.

Il problema dell'eccessivo ricorso al taglio cesareo che ha portato l'Italia ad occupare il primo posto tra i paesi Europei, superando di molto la soglia del 10-15% che secondo l'OMS (8) garantisce il massimo beneficio complessivo per la madre e il feto, ripropone la questione della maternità medicalizzata. Quest'eccesso di tagli cesarei, in continua ascesa, non sembra tenere conto dei maggiori rischi rilevati per la salute materna ed infantile specie in caso d'indicazione inappropriata.

Per quanto concerne l'allattamento al seno risulta che l'81% delle donne ha allattato al seno, ma solo il 58% lo ha fatto in maniera esclusiva. A maggior rischio di non allattare al seno risultano le donne sotto i 24 e quelle oltre i 40 anni, quelle meno istruite, che risiedono nell'Italia Insulare, che hanno partorito mediante taglio cesareo e quelle che non hanno partecipato ad un corso di preparazione alla nascita.

In conclusione, dall'analisi dell'evoluzione dell'evento nascita attraverso le statistiche ufficiali e dalla valutazione attraverso le indagini epidemiologiche, l'assistenza alla gravidanza e al parto nel nostro paese è risultata generalmente buona: il rischio di natimortalità si è quasi dimezzato a partire dai primi anni '80, la percentuale di donne assistite durante la gravidanza ha superato il 90%, la totalità dei parti è assistita da operatori sanitari e la percentuale di nati da parto pretermine e quella di nati di peso inferiore ai 2500 grammi si è stabilizzata intorno al 6-7%.

Tuttavia la realtà italiana è anche caratterizzata dal forte ricorso all'assistenza privata (legata spesso all'inadeguatezza delle strutture pubbliche, in modo particolare al Sud), dalla progressiva medicalizzazione dell'evento nascita, di cui l'eccessivo ricorso al taglio cesareo rappresenta la manifestazione più esasperata, dall'estrema parcellizzazione dei punti nascita, dalla mancanza di

continuità nell'assistenza alla nascita e da grande variabilità territoriale non giustificabile in base alle differenti caratteristiche della popolazione e alla frequenza di eventi sanitari negativi.

In Italia le resistenze al cambiamento delle procedure mediche in ostetricia sono state, e rimangono, molto forti e la comunicazione tra clinici ed epidemiologi è ancora difficile e talvolta conflittuale.

Alla luce di queste considerazioni, e tenuto conto del fatto che l'obiettivo principale di qualsiasi intervento di sanità pubblica sulle tecnologie per la nascita dovrebbe essere quello di garantire cure non invasive alle gravidanze fisiologiche e un'adeguata identificazione e monitoraggio della piccola quota di gravidanze a rischio, sarebbe auspicabile l'attivazione di sistemi di sorveglianza a livello regionale in grado di revisionare i protocolli e monitorare le procedure, gli esiti e il grado di soddisfazione delle partorienti al fine di rendere quanto più possibile omogenei gli interventi dei singoli operatori nei diversi punti nascita dell'intero territorio nazionale.

Bibliografia

1. Donati S, Spinelli A, Grandolfo ME, Baglio G, Andreozzi S, Pediconi M, Salinetti S (1999), **L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia**. Ann. Ist. Super. Sanità, 35, 289-296.
2. Donati S, Andreozzi S, Grandolfo ME. (2001), **Valutazione dell'attività di sostegno e informazione alle partorienti: indagine nazionale**. Rapporti ISTISAN 01/5, Istituto Superiore di Sanità.
3. Ministero della Sanità (1998), DM 10/9/98. Gazzetta Ufficiale-Serie Generale n.245 del 20/10/98.
4. Baglio G, Spinelli A, Donati S, Grandolfo ME, Osborn J. (2000), **Valutazione degli effetti dei corsi di preparazione alla nascita sulla salute della madre e del neonato**. Ann. Ist. Super. Sanità, 36, 465-478.
5. ISTAT (1980), Annuario di statistiche demografiche. Roma, Istituto Nazionale di Statistica.
6. ISTAT (2000), Nascite: caratteristiche demografiche e sociali. Anno 1996. Annuario 5. Roma, Istituto Nazionale di Statistica.
7. **Ministero della Salute** – Direzione generale della programmazione sanitaria - sistema informativo sanitario – Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero – **Dati SDO** 2005.
8. WHO (1985), Appropriate technology for birth. **Lancet**, 2,436-437

4. La gravidanza ed il parto

Si sono utilizzate entrambe le fonti informative in quanto la SDO contiene notizie su tutte le strutture (623) e sul totale di parti del 2005 (511.436); il CeDAP (è in corso di predisposizione il 4° rapporto relativo alla rilevazione del 2005) presenta attualmente una copertura di 560 punti nascita e fornisce notizie sul 92,2% dei parti rilevati con la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) (92,3% dei nati vivi registrati presso le anagrafi comunali nello stesso anno). Le Regioni critiche restano il Molise e la Calabria che ancora non hanno attivato il flusso dei dati. Il flusso sta migliorando anno dopo anno, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, ed è indispensabile per l'analisi del percorso nascita, dal concepimento fino all'esito della gravidanza.

Caratteristiche delle madri

Nel 2005, il 13,8% dei parti è relativo a madri di cittadinanza non italiana. Tale fenomeno è più diffuso al centro nord dove quasi il 20% dei parti avviene da madri non italiane.

L'età media della madre è di 31,9 anni per le italiane mentre scende a 28,6 anni per le cittadine straniere.

Il livello culturale della madre può influenzare sia l'accesso ai servizi sia le strategie di assistenza verso il feto ed il neonato. Delle donne che hanno partorito nell'anno 2005 il 40,9% ha una scolarità medio alta, il 41,5% medio bassa ed il 17,6% ha conseguito la laurea. Fra le straniere prevale invece una scolarità medio bassa (53%). Il livello di scolarità aumenta con l'aumentare dell'età al parto; in particolare oltre l'82% delle donne con meno di 20 anni hanno al massimo conseguito un diploma di licenza media inferiore.

L'analisi della condizione professionale evidenzia che il 50,4% delle madri ha un'occupazione lavorativa, il 39,1% sono casalinghe e il 10,5% sono disoccupate o in cerca di prima occupazione. La condizione

professionale delle straniere che hanno partorito nel 2005 è per il 58,7% quella di casalinga a fronte del 61,8% delle donne italiane che hanno invece un'occupazione lavorativa.

Controlli in gravidanza

Mediamente si effettuano, con una variabilità territoriale, più di 4 visite nell'83% dei casi, con una percentuale maggiore di controlli nelle gravidanze fisiologiche rispetto alle patologiche (83,4% contro 77,5%).

Analizzando la percentuale di gravidanze in cui viene effettuata la prima visita oltre la 12 settimana di gestazione si evidenziano alcune correlazioni significative con le caratteristiche socio-demografiche delle madri rappresentate da: la cittadinanza, il titolo di studio e l'età.

Per le donne italiane si ha una percentuale pari al 4,6% mentre tale percentuale sale al 18,6% per le donne straniere.

Istruzione regionale delle visite di controllo effettuate in gravidanza (Fonte CeDAP 2005)

| Regione | VISITE DI CONTROLLO IN GRAVIDANZA (VALORI %) | | | | | Totale |
|-----------------------|--|-------------|-------------|--------------|--------------|----------------|
| | nessuna | <= 4 | oltre 4 | Totale | non indicato | |
| Piemonte | 1,5 | 21,7 | 76,8 | 100,0 | - | 34.963 |
| Valle d'Aosta | 1,4 | 18,2 | 80,5 | 100,0 | - | 1.106 |
| Lombardia | 1,0 | 9,9 | 89,1 | 100,0 | 5,0 | 91.549 |
| Prov. Auton. Bolzano | 0,0 | 7,6 | 92,4 | 100,0 | - | 5.551 |
| Prov. Auton. Trento | 0,1 | 26,6 | 73,3 | 100,0 | - | 5.022 |
| Veneto | 0,9 | 20,2 | 78,9 | 100,0 | 0,4 | 45.504 |
| Friuli Venezia Giulia | 0,3 | 11,0 | 88,7 | 100,0 | 0,0 | 10.053 |
| Liguria | 0,5 | 4,0 | 95,5 | 100,0 | 1,1 | 11.347 |
| Emilia Romagna | 0,6 | 11,4 | 88,1 | 100,0 | - | 36.840 |
| Toscana | 0,9 | 11,6 | 87,4 | 100,0 | 1,7 | 30.664 |
| Umbria | 0,8 | 7,8 | 91,4 | 100,0 | 0,4 | 7.970 |
| Marche | 0,7 | 5,7 | 93,6 | 100,0 | 2,2 | 13.005 |
| Lazio | | | | - | 100,0 | 51.781 |
| Abruzzo | 0,6 | 32,0 | 67,4 | 100,0 | 1,3 | 10.296 |
| Campania | 0,5 | 33,7 | 65,8 | 100,0 | 5,0 | 61.970 |
| Puglia | 0,5 | 10,5 | 89,0 | 100,0 | 4,7 | 36.794 |
| Basilicata | 1,1 | 19,4 | 79,4 | 100,0 | 1,4 | 4.156 |
| Sicilia | 0,6 | 19,4 | 80,0 | 100,0 | 0,0 | 34.414 |
| Sardegna | 0,5 | 2,5 | 96,9 | 100,0 | - | 11.785 |
| Totale | 0,8 | 16,4 | 82,9 | 100,0 | 12,4 | 504.770 |

Distribuzione regionale delle ecografie effettuate in gravidanza (Fonte CeDAP 2005)

| Regione | Ecografie per parto | Numero di ecografie (valore %) | | | | % Nessuna/non indicato |
|-----------------------|---------------------|--------------------------------|-------------|-------------|--------------|------------------------|
| | | 1-3 | 4-6 | 7 e più | Totale | |
| Piemonte | 4,4 | 34,7 | 53,4 | 11,8 | 100,0 | 1,4 |
| Valle d'Aosta | 5,2 | 19,4 | 57,4 | 23,2 | 100,0 | 0,7 |
| Lombardia | 4,4 | 36,8 | 45,8 | 17,4 | 100,0 | 5,6 |
| Prov. Auton. Bolzano | 4,4 | 30,2 | 58,5 | 11,3 | 100,0 | 0,7 |
| Prov. Auton. Trento | 3,9 | 45,3 | 51,0 | 3,8 | 100,0 | 0,6 |
| Veneto | 4,4 | 37,0 | 49,3 | 13,8 | 100,0 | 1,0 |
| Friuli Venezia Giulia | 4,7 | 14,0 | 72,6 | 13,4 | 100,0 | 2,2 |
| Liguria | 6,3 | 11,7 | 33,5 | 54,8 | 100,0 | 2,3 |
| Emilia Romagna | 4,8 | 32,3 | 46,6 | 21,1 | 100,0 | 1,3 |
| Toscana | 4,7 | 29,5 | 49,8 | 20,7 | 100,0 | 3,6 |
| Umbria | 5,5 | 14,5 | 52,1 | 33,4 | 100,0 | 2,7 |
| Marche | 4,7 | 26,5 | 53,5 | 20,0 | 100,0 | 3,9 |
| Lazio | - | | | | - | 100,0 |
| Abruzzo | 6,1 | 10,6 | 42,4 | 47,0 | 100,0 | 3,0 |
| Campania | 5,3 | 14,4 | 54,3 | 31,2 | 100,0 | 6,0 |
| Puglia | 5,0 | 10,3 | 55,8 | 33,9 | 100,0 | 13,9 |
| Basilicata | 6,1 | 6,0 | 45,4 | 48,7 | 100,0 | 4,3 |
| Sicilia | 5,1 | 20,4 | 58,2 | 21,4 | 100,0 | 0,6 |
| Sardegna | 1,7 | 15,9 | 54,1 | 30,0 | 100,0 | 68,3 |
| Totale | 4,3 | 26,4 | 50,9 | 22,7 | 100,0 | 15,5 |

Per quanto concerne le ecografie, nel 2005 a livello nazionale, sono state effettuate in media 4,3 ecografie per ogni parto con valori regionali variabili tra 3,9 ecografie per parto nella P. A. Trento e 6,3 ecografie per parto nella Regione Liguria (si esclude dall'analisi la Regione Sardegna in cui si ha circa il 68% di valori non indicati/errati).

Per il 73,6% delle gravidanze, si registra un numero di ecografie superiore a 3, cioè al numero di ecografie esenti dal ticket secondo quanto previsto dal DM 10.9.1998. I dati rilevati riflettono il fenomeno, già analizzato altrove, dell'eccessiva medicalizzazione e di un sovrautilizzo delle prestazioni diagnostiche in gravidanza.

Il numero di ecografie effettuate non sembra avere alcuna correlazione con il decorso della gravidanza.

Nell'ambito delle tecniche diagnostiche prenatali invasive, l'amniocentesi è quella più usata.

In media ogni 100 parti sono state effettuate circa 16 amniocentesi.

L'utilizzo di tale indagine prenatale è diversificato a livello regionale, nelle regioni meridionali si registra una percentuale al di sotto del 12% (ad eccezione della Sardegna) mentre i valori più alti si hanno in Valle d'Aosta (41,9%) e Toscana (31,3%).

Nella tabella che segue viene riportata la distribuzione regionale delle amniocentesi secondo l'età della madre. Valori di ricorso a questa tecnica più elevati si trovano a partire dai 35 anni: 30% delle donne gravide di età 35-37 anni hanno effettuato un'amniocentesi nel 2005, 44% di quelle tra i 38 e i 40 anni e il 47% di quelle con più di 40 anni.

Distribuzione regionale delle amniocentesi secondo l'età della madre (Fonte CeDAP 2005)

| Regione | Amniocentesi (Valori %) | | | | | | Totale | % Non indicato/errato |
|-----------------------|-------------------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|-----------------------|
| | < 25 | 25 - 29 | 30 - 34 | 35 - 37 | 38 - 40 | > 40 | | |
| Piemonte | 1,59 | 2,80 | 5,12 | 25,13 | 46,53 | 47,49 | 34.963 | 0,11 |
| Valle d'Aosta | 3,96 | 16,60 | 42,04 | 65,50 | 75,45 | 77,78 | 1.106 | 0,09 |
| Lombardia | 1,40 | 2,53 | 6,44 | 27,61 | 43,00 | 43,94 | 91.549 | 9,36 |
| Prov. Auton. Bolzano | 1,57 | 0,84 | 1,91 | 7,94 | 17,01 | 21,70 | 5.551 | 0,02 |
| Prov. Auton. Trento | 0,71 | 0,93 | 3,77 | 21,67 | 36,45 | 32,97 | 5.022 | 0,44 |
| Veneto | 1,82 | 3,22 | 7,60 | 24,36 | 34,66 | 38,78 | 45.504 | 3,78 |
| Friuli Venezia Giulia | 1,69 | 2,78 | 7,65 | 38,05 | 63,89 | 64,59 | 10.053 | 0,06 |
| Liguria | 2,88 | 6,11 | 13,50 | 52,46 | 73,41 | 73,96 | 11.347 | 1,10 |
| Emilia Romagna | 2,92 | 8,58 | 19,38 | 42,35 | 53,08 | 51,43 | 36.840 | 0,60 |
| Toscana | 3,80 | 12,04 | 24,82 | 52,22 | 65,80 | 65,82 | 30.664 | 7,64 |
| Umbria | 2,53 | 8,98 | 18,61 | 42,13 | 58,55 | 58,85 | 7.970 | 1,12 |
| Marche | 2,31 | 2,90 | 5,64 | 19,55 | 27,27 | 33,63 | 13.005 | 25,60 |
| Lazio | 6,71 | 11,47 | 21,17 | 37,79 | 49,34 | 54,97 | 51.781 | 0,20 |
| Abruzzo | 1,44 | 3,47 | 6,92 | 19,31 | 34,58 | 47,11 | 10.296 | 2,26 |
| Campania | 2,22 | 4,39 | 9,13 | 21,26 | 32,37 | 37,67 | 61.970 | 7,83 |
| Puglia | 1,66 | 2,61 | 4,59 | 23,68 | 38,68 | 41,88 | 36.794 | 5,64 |
| Basilicata | | | | | | | 4.156 | 100,00 |
| Sicilia | 2,00 | 2,40 | 4,48 | 12,84 | 22,25 | 27,16 | 34.414 | 0,33 |
| Sardegna | 2,17 | 3,68 | 5,72 | 32,73 | 50,53 | 49,38 | 11.785 | 9,00 |
| Totale | 2,47 | 4,90 | 10,61 | 30,25 | 44,37 | 46,90 | 504.770 | 5,76 |

Il parto

Il dato CeDAP 2005 rivela che, a livello nazionale, oltre l' 88% dei parti è avvenuto negli Istituti di cura pubblici, l'11,6% nelle case di cura e solo 0,18% a domicilio. Naturalmente nelle Regioni in cui è rilevante la presenza di strutture private accreditate rispetto alle pubbliche le percentuali sono sostanzialmente diverse.

L'incrocio della fonte informativa del Certificato di Assistenza al parto con l'Anagrafica delle strutture di ricovero, permette di caratterizzare i punti nascita sul territorio nazionale, in funzione di alcune caratteristiche organizzative associate ai tre livelli assistenziali individuati dal Progetto Materno-infantile - D.M. 24 aprile 2000.

L'analisi ha interessato 560 punti nascita rilevati a livello nazionale.

Sono state individuate 5 classi di punti nascita, per numerosità di parti annui:

- meno di 500 parti annui
- almeno 500 e fino a 799 parti annui
- almeno 800 e fino a 999 parti annui
- almeno 1000 e fino a 2499 parti annui
- 2500 e più parti annui.

Il 63,7% dei parti si svolge in strutture dove avvengono almeno 1000 parti annui. Tali strutture, in numero di 188, rappresentano il 33,6% dei punti nascita totali.

La distribuzione regionale dei parti per classi di punto nascita evidenzia situazioni diversificate a livello regionale.

Più precisamente nelle Regioni del nord, quali Piemonte, Veneto ed Emilia Romagna, oltre l'84% dei parti si svolge in punti nascita di grandi dimensioni (oltre 1000 parti annui). Tali strutture rappresentano circa il 60% dei punti nascita della regione.

Un'organizzazione opposta della rete di offerta si registra nelle Regioni del Sud quali Abruzzo, e Sicilia dove circa il 30% dei parti si svolge in strutture con meno di 500 parti annui. In generale nelle altre

Regioni del Sud si osserva una prevalenza dei parti nelle strutture con meno di 800 parti annui, in particolare in Sardegna il 93% dei parti ha luogo in punti nascita con meno di 800 parti annui.

Per quanto attiene le Unità di Terapia Intensiva Neonatale e le Unità Operative di Neonatologia, la presenza di dette unità è rilevata dall'anagrafica nazionale delle strutture di ricovero, qualora tali unità siano caratterizzate come reparti.

L'Unità di Terapia Intensiva Neonatale è presente in 114 dei 560 punti nascita analizzati: 92 Unità TIN sono collocate nei 188 punti nascita dove hanno luogo almeno 1000 parti annui.

Le Unità Operative di Neonatologia sono presenti in 189 punti nascita di cui 120 svolgono più di 1000 parti annui.

Le 5 classi di punti nascita sono state analizzate in relazione a: parti pre-termine (tra 24 e 36 settimane di gestazione), parti fortemente pre-termine (tra 24 e 32 settimane di gestazione), gravidanze patologiche.

Distribuzione per classi di parto del numero di parti e del numero di punti nascita secondo la tipologia di struttura (Fonte CeDAP 2005)

| Classe parti | Pubblica | | | Privata accreditata | | | Privata non accreditata | | | Totale | | |
|---------------|------------|----------------|--------------|---------------------|---------------|--------------|-------------------------|--------------|--------------|------------|----------------|--------------|
| | Punti | Parti | | Punti | Parti | | Punti | Parti | | Punti | Parti | |
| | | v.a. | % | | v.a. | % | | v.a. | % | | v.a. | % |
| 0 – 499 | 130 | 37.686 | 8,5 | 48 | 12.954 | 23,8 | 17 | 3.608 | 85,3 | 195 | 54.248 | 10,8 |
| 500 – 799 | 92 | 59.139 | 13,3 | 23 | 14.219 | 26,1 | 1 | 620 | 14,7 | 116 | 73.978 | 14,7 |
| 800 – 999 | 52 | 46.575 | 10,4 | 9 | 8.050 | 14,8 | | | 0,0 | 61 | 54.625 | 10,8 |
| 1000 - 2499 | 145 | 206.357 | 46,3 | 14 | 19.320 | 35,4 | | | 0,0 | 159 | 225.677 | 44,7 |
| 2500 + | 29 | 96.004 | 21,5 | | | 0,0 | | | 0,0 | 29 | 96.004 | 19,0 |
| Totale | 448 | 445.761 | 100,0 | 94 | 54.543 | 100,0 | 18 | 4.228 | 100,0 | 560 | 504.532 | 100,0 |

Unità operative di Terapia Intensiva Neonatale (U.T.I.N.) e di Neonatologia (U.O.N.) (Fonte CeDAP 2005)

| Numero di parti per punto nascita | PRESENZA DELL'UNITÀ DI NEONATOLOGIA | | PRESENZA DELL'UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA NEONATALE | | TOTALE PUNTI NASCITA | TOTALE PARTI | | Numero medio di parti per punto nascita |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------|--|-------------|----------------------|----------------|--------------|---|
| | V.A. | % | V.A. | % | | v.a. | % | |
| 0-499 | 12 | 6,2 | 2 | 1,0 | 195 | 54.248 | 10,8 | 278 |
| 500-799 | 31 | 26,7 | 11 | 9,5 | 116 | 73.978 | 14,7 | 638 |
| 800-999 | 26 | 42,6 | 9 | 14,8 | 61 | 54.625 | 10,8 | 895 |
| 1000-2499 | 97 | 61,0 | 67 | 42,1 | 159 | 225.677 | 44,7 | 1.419 |
| 2500 e più | 23 | 79,3 | 25 | 86,2 | 29 | 96.004 | 19,0 | 3.310 |
| Totale | 189 | 33,8 | 114 | 20,4 | 560 | 504.532 | 100,0 | 901 |

Da una analisi approfondita condotta sui dati CeDAP 2004 relativa ai nati pretermine (24 – 36 settimane di gestazione) e ai nati fortemente pretermine (24 – 32 settimane di gestazione) risulta che i parti di età gestazionale ≤ a 36 settimane rappresentano, a livello nazionale, il 6,5% dei parti, e incidono in misura del 4,2% nelle strutture con meno di 500 parti all'anno e nella misura rispettivamente del 8,7% nelle strutture con 2500 e più parti annui, e del 7,1% nelle strutture dove hanno luogo tra i 1000 e i 2499 parti all'anno.

Anche l'incidenza dei parti di età gestazionale < 32 settimane rispetto al totale dei parti pre-termine e delle gravidanze patologiche, evidenziano una variabilità tra le diverse classi di punti nascita, coerente con il fenomeno atteso di un'attività di assistenza delle gravidanze e parti a rischio prevalentemente svolta dalle strutture di terzo livello.

Considerando i parti fortemente pre-termine (gestazione inferiore a 33 settimane), si evidenzia una maggiore concentrazione nelle strutture di grandi dimensioni, infatti l'85% dei parti fortemente pre-termine avviene in punti nascita con più di 1000 parti annui.

Non può non essere sottolineato però che sul totale dei parti censiti dal CeDAP 2004 (465.650) si è rilevato che il 15% dei parti fortemente pre-termine avviene in strutture con meno di 1000 parti annue che **il 2% addirittura in strutture con meno di 500 parti annui e prive di Unità TIN e Unità di Neonatologia.**

Modalità del parto

L'incidenza dei tagli cesarei (T.C.) è andata progressivamente aumentando: si è passati da circa il 10% all'inizio degli anni ottanta, al 38,2% del 2005. Allo stato attuale quindi, l'Italia è ai primi posti in Europa e nel mondo per tasso di tagli cesarei.

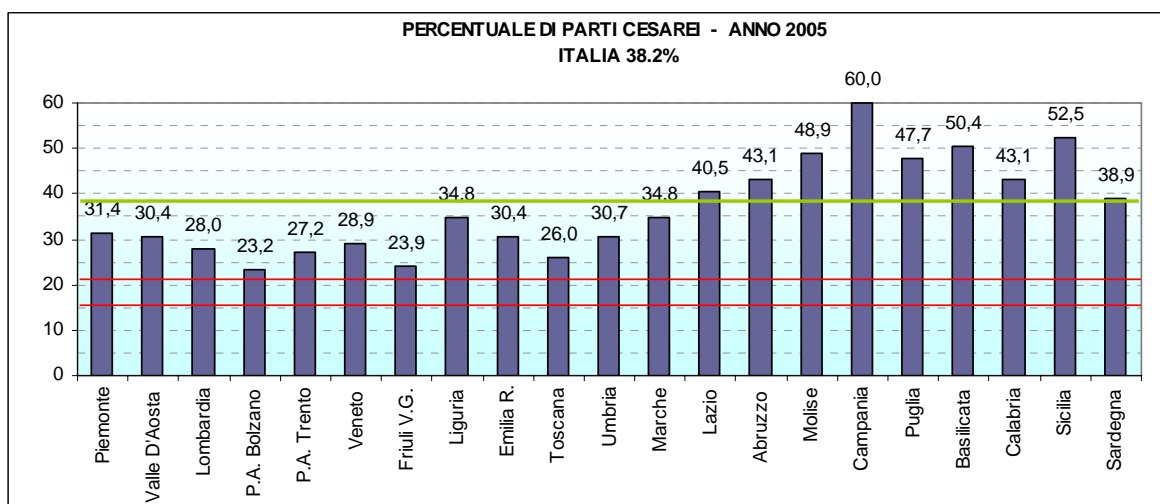
Va osservato che esso è assai variabile da regione a regione, e da struttura a struttura nella stessa Regione, e che ad alimentare il fenomeno sono soprattutto le regioni meridionali, che pur presentano ancora alta mortalità e morbilità perinatale.

L'incidenza più elevata è registrata in Campania, laddove da un'incidenza dell'8,5% nel 1980, si è passati al 60% nel 2005, con l'incredibile incremento dal 1980 al 2005 del 605,9%.

Distribuzione dei parti secondo la modalità del parto e la tipologia di struttura ospedaliera dove essi avvengono (Fonte CeDAP 2005)

| MODALITA' PARTO | Pubblico | Casa di cura | | Totale parti in ospedale |
|-----------------|----------|--------------|---------|--------------------------|
| | | Accreditata | Privata | |
| SPONTANEO | 62,7 | 37,8 | 26,5 | 299.573 |
| CESAREO | 34,3 | 60,5 | 72,6 | 187.942 |
| ALTRO | 2,9 | 1,7 | 0,9 | 13.864 |
| Totale | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 504.532 |

Percentuale di parti cesarei – indicatore del sistema di garanzie DM 12/12/2001 (Parametro di riferimento: 15 - 20%)



| | ANNO 2001 | | ANNO 2003 | | ANNO 2005 | |
|---------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|
| | N. parti cesarei | % parti cesarei | N. parti cesarei | % parti cesarei | N. parti cesarei | % parti cesarei |
| Piemonte | 9.640 | 28,67 | 10.430 | 29,77 | 11.226 | 31,42 |
| Valle D'Aosta | 250 | 22,98 | 305 | 27,21 | 336 | 30,41 |
| Lombardia | 21.619 | 25,09 | 23.869 | 26,61 | 25.942 | 28,04 |
| P.A. Bolzano | 717 | 14,12 | 1.027 | 19,58 | 1.219 | 23,23 |
| P.A. Trento | 1.179 | 24,86 | 1.291 | 27,09 | 1.346 | 27,17 |
| Veneto | 10.806 | 26,36 | 12.217 | 27,90 | 13.156 | 28,89 |
| Friuli V.G. | 1.923 | 20,33 | 2.202 | 22,42 | 2.385 | 23,93 |
| Liguria | 3.388 | 30,49 | 3.615 | 32,43 | 4.055 | 34,82 |
| Emilia R. | 10.038 | 29,26 | 10.887 | 30,34 | 11.679 | 30,39 |
| Toscana | 6.503 | 22,88 | 7.545 | 25,33 | 8.150 | 26,03 |
| Umbria | 1.875 | 26,86 | 2.303 | 30,58 | 2.481 | 30,70 |
| Marche | 4.237 | 34,09 | 4.644 | 35,43 | 4.744 | 34,84 |
| Lazio | 16.349 | 35,97 | 18.113 | 37,13 | 20.232 | 40,51 |
| Abruzzo | 3.503 | 35,52 | 3.988 | 39,60 | 4.659 | 43,11 |
| Molise | 977 | 39,25 | 1.049 | 42,28 | 1.210 | 48,91 |
| Campania | 33.161 | 54,28 | 37.681 | 58,16 | 37.181 | 59,95 |
| Puglia | 16.636 | 40,42 | 17.477 | 43,47 | 18.331 | 47,72 |
| Basilicata | 2.260 | 46,49 | 2.405 | 51,41 | 2.321 | 50,37 |
| Calabria | 6.190 | 37,36 | 7.561 | 41,09 | 7.747 | 43,14 |
| Sicilia | 18.891 | 42,01 | 23.899 | 48,14 | 24.711 | 52,49 |
| Sardegna | 3.825 | 32,60 | 4.742 | 36,78 | 4.997 | 38,88 |
| ITALIA | 173.967 | 33,94 | 197.250 | 36,61 | 208.108 | 38,23 |

Distribuzione dei ricoveri per parto cesareo nelle strutture pubbliche e private accreditate per regione

Fonte SDO

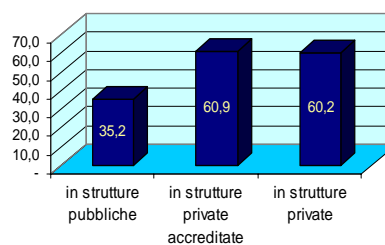
Parti cesarei: DRG 370 e 371

Totale parti: DRG 370, 371, 372, 373, 374 e 375

Parti cesarei per tipologia di struttura

| Regione | Parti cesarei | | | | | |
|---------------|------------------------|-------------|----------------------------------|-------------|----------------------|-------------|
| | in strutture pubbliche | % | in strutture private accreditate | % | in strutture private | % |
| Piemonte | 11.226 | 31,4 | | | | |
| Valle D'Aosta | 336 | 30,4 | | | | |
| Lombardia | 23.870 | 27,5 | 2.072 | 36,2 | 293 | 82,1 |
| P.A. Bolzano | 1.219 | 23,2 | | | 69 | 26,1 |
| P.A. Trento | 1.346 | 27,2 | | | | |
| Veneto | 13.156 | 28,9 | | | | |
| Friuli V.G. | 2.216 | 24,1 | 169 | 22,4 | | |
| Liguria | 4.055 | 34,8 | | | | |
| Emilia R. | 11.347 | 29,9 | 332 | 62,8 | | |
| Toscana | 8.078 | 26,0 | 72 | 38,3 | 41 | 50,6 |
| Umbria | 2.481 | 30,7 | | | | |
| Marche | 4.372 | 34,2 | 372 | 44,7 | | |
| Lazio | 16.584 | 39,6 | 3.648 | 45,2 | 855 | 61,7 |
| Abruzzo | 4.199 | 41,8 | 460 | 60,4 | | |
| Molise | 1.210 | 48,9 | | | | |
| Campania | 17.126 | 49,9 | 20.055 | 72,4 | | |
| Puglia | 15.859 | 47,2 | 2.472 | 51,5 | | |
| Basilicata | 2.321 | 50,4 | | | | |
| Calabria | 5.091 | 38,1 | 2.656 | 57,6 | | |
| Sicilia | 19.128 | 48,6 | 5.583 | 72,6 | | |
| Sardegna | 4.079 | 38,0 | 918 | 43,3 | | |
| ITALIA | 169.299 | 35,2 | 38.809 | 60,9 | 1.258 | 60,2 |

Parti cesarei per tipologia di struttura



Fonte: SDO

Percentuale di parti cesarei secondo la tipologia e la dimensione dei punti nascita (Fonte CeDAP 2005)

| CLASSE PARTI | % Parti con taglio Cesareo | | | |
|---------------|----------------------------|---------------------|-------------------------|-------------|
| | Pubblica | Privata accreditata | Privata non accreditata | Totale |
| 0 - 499 | 44,5 | 61,4 | 72,9 | 50,2 |
| 500 - 799 | 37,0 | 64,0 | 71,0 | 42,5 |
| 800 - 999 | 32,8 | 62,8 | | 37,2 |
| 1000 - 2499 | 33,7 | 56,3 | | 35,6 |
| 2500 + | 31,0 | | | 31,0 |
| Totale | 34,3 | 60,5 | 72,6 | 37,5 |

Si registra una maggiore propensione all'uso del taglio cesareo nelle case di cura, accreditate o non, in cui si registra tale procedura nel 60 - 70% dei parti contro il 34% negli ospedali pubblici.

Nei punti nascita con meno di 800 parti annui, l'incidenza di parti cesarei è significativamente maggiore di quella che si osserva mediamente a livello nazionale (37,5%): nelle strutture dove hanno luogo meno di 500 parti annui si ricorre al taglio cesareo nel 50,2% dei casi; in quelle dove hanno luogo meno di 800 parti annui nel 42,5% dei casi. Il fenomeno è correlato anche alla maggiore concentrazione di strutture private nelle classi dei punti nascita di dimensioni ridotte.

Il T.C. è quindi utilizzato con prevalenza maggiore nelle strutture di I e II livello rispetto a quelle di III livello, e ancor più nelle strutture private, convenzionate e non, che assistono prevalentemente gravidanze "a basso rischio", rispetto a quelle pubbliche. Inoltre, la sua incidenza varia, a parità di livello assistenziale, da struttura a struttura e, nell'ambito della stessa struttura, da operatore a operatore. È anche da osservare come l'attuale trend in aumento dei tagli cesarei abbia prodotto anche un effetto sfavorevole sulla pratica clinica: la perdita di esercizio delle pratiche ostetriche vaginali da parte degli operatori sanitari e lo scarso apprendimento da parte delle nuove leve (nel 34% dei casi di TC la presentazione era di vertice)

Non vi sono dati a favore della tesi che questo più che diffuso ricorso al T.C. sia in qualche modo associato a fattori di rischio materno-fetali, né tanto meno a miglioramenti significativi degli esiti perinatali negli ultimi anni. Anzi i dati disponibili ci dicono proprio il contrario: la mortalità perinatale è più alta nelle regioni meridionali-insulari, dove più elevata è la percentuale di TC.

Anche la cittadinanza della madre incide sulla percentuale di TC, risultando il ricorso all'intervento inferiore nelle donne di cittadinanza straniera.

Distribuzione regionale del % dei parti cesarei secondo la cittadinanza della madre (Fonte CeDAP 2005)

| Regione | Cittadinanza | | Totale parti | % Non indicato/errato |
|-----------------------|--------------|-------------|----------------|-----------------------|
| | Italiana | Straniera | | |
| Piemonte | 32,5 | 27,0 | 34.963 | - |
| Valle d'Aosta | 23,5 | 14,9 | 1.106 | 0,1 |
| Lombardia | 28,4 | 26,3 | 91.549 | 4,6 |
| Prov. Auton. Bolzano | 24,6 | 23,8 | 5.551 | 1,1 |
| Prov. Auton. Trento | 28,1 | 24,6 | 5.022 | 0,3 |
| Veneto | 29,7 | 26,7 | 45.504 | 0,5 |
| Friuli Venezia Giulia | 23,5 | 25,5 | 10.053 | 0,3 |
| Liguria | 35,9 | 30,9 | 11.347 | 1,6 |
| Emilia Romagna | 26,8 | 21,6 | 36.840 | 0,0 |
| Toscana | 25,2 | 18,8 | 30.664 | 0,4 |
| Umbria | 30,4 | 28,0 | 7.970 | 0,9 |
| Marche | 36,1 | 31,3 | 13.005 | 3,2 |
| Lazio | 43,4 | 33,6 | 51.781 | 0,0 |
| Abruzzo | 44,4 | 32,7 | 10.296 | 1,1 |
| Campania | 61,5 | 38,6 | 61.970 | 1,6 |
| Puglia | 48,5 | 34,4 | 36.794 | 1,8 |
| Basilicata | 49,4 | 42,6 | 4.156 | 1,7 |
| Sicilia | 53,2 | 40,7 | 34.414 | 0,0 |
| Sardegna | 39,5 | 31,9 | 11.785 | 0,2 |
| Totale | 39,2 | 27,2 | 504.770 | 1,4 |

Distribuzione regionale dei parti vaginali dopo un precedente parto cesareo per tipo di struttura in cui avviene il parto (Fonte CeDAP 2005)

| Regione | Parti vaginali dopo precedente parto cesareo | | | |
|-----------------------|--|--------------|-----------------|-------------|
| | Pubblico | Casa di cura | | Totale |
| | | accreditata | non accreditata | |
| Piemonte | 14,2 | | 9,0 | 16,3 |
| Valle d'Aosta | 47,7 | | | 91,3 |
| Lombardia | 21,0 | 10,7 | - | 24,9 |
| Prov. Auton. Bolzano | 35,1 | | 9,7 | 50,7 |
| Prov. Auton. Trento | 17,2 | | | 20,7 |
| Veneto | 15,4 | | | 18,3 |
| Friuli Venezia Giulia | 24,1 | 36,4 | | 33,1 |
| Liguria | 11,6 | | 25,0 | 13,2 |
| Emilia Romagna | 21,4 | 2,6 | | 26,6 |
| Toscana | 22,6 | 13,2 | 5,6 | 28,7 |
| Umbria | 12,6 | | | 14,4 |
| Marche | 6,7 | 4,9 | | 7,0 |
| Abruzzo | 6,0 | 8,6 | | 6,6 |
| Campania | 5,0 | 3,7 | 4,4 | 4,5 |
| Puglia | 4,5 | 1,6 | | 4,3 |
| Basilicata | 4,5 | | | 4,7 |
| Sicilia | 5,1 | 3,2 | | 5,0 |
| Sardegna | 10,5 | 12,9 | | 12,2 |
| Totale | 12,7 | 4,3 | 4,9 | 12,4 |

5. Considerazioni

Qual può essere l'elemento principale alla base di questa situazione, e come si può cercare di trovare una soluzione?

Molti sono gli aspetti che si dovrebbero prendere in considerazione:

- un'elevata medicalizzazione e l'enorme numero di esami che vengono applicati soprattutto nell'ultima parte della gravidanza;
 - ma anche carenze strutturali ed organizzativo-funzionali del comparto materno-infantile
 - un'impreparazione accumulata negli anni da parte di chi dovrebbe assistere al parto
- Non si sono osservati miglioramenti sostanziali negli esiti perinatali e neonatali, anzi si può affermare il contrario, ed anche i rischi per la salute delle donne non sono trascurabili. Analizzando i dati si può vedere che regioni con un tasso medio di cesarei più basso della media nazionale hanno bassa mortalità perinatale e morbilità neonatale ed invece regioni con alto tasso di cesarei hanno un'alta mortalità perinatale e morbosità neonatale.

In Italia, nel 2005, la percentuale di TC è al 38,2%: sono stati cioè effettuati 208.108 interventi, con un costo umano ed economico non trascurabile.

Il rischio di morte materna è infatti di 4-8 volte superiore rispetto al parto vaginale e la morbosità puerperale è 10-15 volte superiore. Per quanto concerne poi l'aspetto economico, una valutazione, risalente al 1991, metteva in evidenza come il costo per ogni punto percentuale in più di nascite con taglio cesareo rispetto al parto vaginale era valutato in circa 5 miliardi di lire all'anno.

Quindi, maggiori rischi materni e maggiori costi non bilanciati da un corrispondente miglioramento degli esiti perinatali.

- Accanto alle classiche indicazioni "cliniche", assolute e/o relative, materne e/o fetali, (vedi il "pregresso taglio cesareo" che rappresenta un fattore di moltiplicazione quasi esponenziale del numero dei cesarei) coesistono, con sempre maggior frequenza, giocando un ruolo importante, indicazioni "non cliniche" o meglio "non mediche" ("figlio prezioso", "TC a richiesta"). Va anche osservato come molte delle indicazioni "non cliniche" possano essere ricondotte a carenze strutturali ed organizzativo-funzionali del comparto materno-infantile (ivi compresa la non disponibilità 24h/24h di un'equipe ostetrica completa, dell'anestesista, del neonatologo, etc.), oltre che all'impossibilità di assicurare un parto realmente "umanizzato" con cattiva integrazione territorio-ospedale e/o ad alterato rapporto medico-paziente (sfiducia reciproca, informazione inadeguata, preoccupazioni medico-legali, etc.).

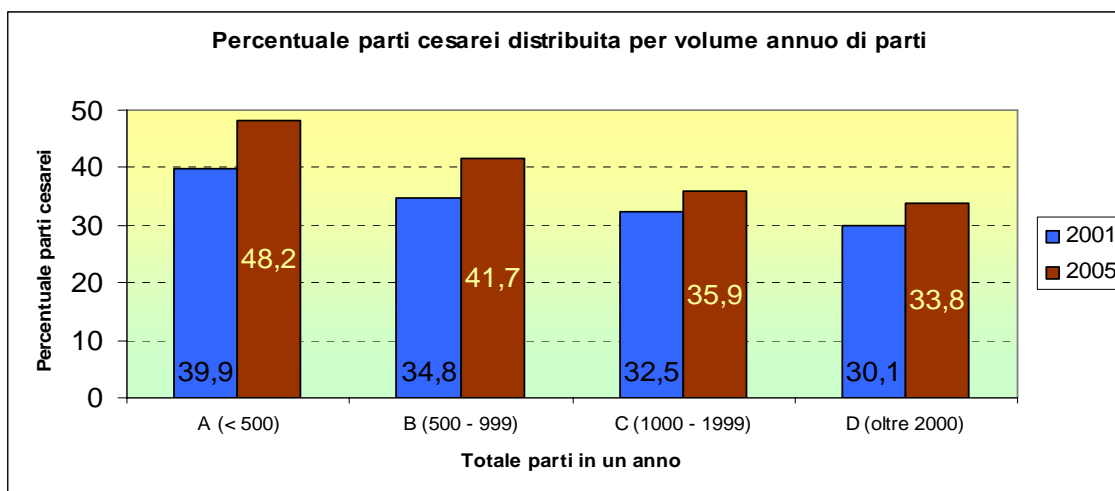
Appare di estrema attualità e rilevanza, sia per l'utenza che per gli operatori e per la sanità pubblica, la definizione di interventi finalizzati alla diffusione di pratiche diagnostiche e terapeutiche di documentata appropriatezza ed efficacia oltre che omogenee, la definizione, cioè, di Linee Guida.

E' chiaro che appare riduttivo individuare solo in modificazioni di fattori medici la strategia per contenere il tasso dei T.C. E' evidente cioè che, al fine di raggiungere l'obiettivo della riduzione graduale dell'incidenza dei T.C., l'applicazione delle linee-guida va collocata nell'ambito di un processo più complesso di interventi che, oltre ad iniziative cosiddette "educazionali" e "formative" volte a cambiare l'atteggiamento delle donne, degli operatori sanitari e di chi è coinvolto nel giudicare eventuali controversie medico-legali, in favore del parto spontaneo, prevedano il raggiungimento di altri due fondamentali ed imprescindibili obiettivi: la definizione del percorso-nascita e l'umanizzazione della nascita, fondamentali anche per la riduzione sia della mortalità perinatale che dell'handicap neonatale.

- Rispetto ai fattori "clinico/organizzativi" è possibile che il fenomeno derivi da una progressiva perdita di competenza clinica per i deficit nella preparazione degli specialisti, da una scarsa conoscenza dei processi fisiologici della gravidanza e del parto, dalla parcellizzazione dell'assistenza alla nascita in punti nascita che erogano poche centinaia di prestazioni/anno. Il basso numero di parti crea le condizioni per cesarei "preventivi" per non doversi trovare in condizioni di "vera emergenza ostetrica" a cui non sarebbe possibile rispondere o per mancanza di personale o di competenza clinica.

Fasce di attività per struttura confronto 2001 – 2005

| Fasce di ricoveri per parto | 2001 | | 2005 | |
|-----------------------------|-------------|------|-------------|------|
| | n. istituti | % | n. istituti | % |
| A (< 500) | 309 | 44,4 | 219 | 35,2 |
| B (500 - 999) | 222 | 31,9 | 204 | 32,7 |
| C (1000 - 1999) | 131 | 18,8 | 154 | 24,7 |
| D (oltre 2000) | 34 | 4,9 | 46 | 7,4 |
| Totale | 696 | | 623 | |



Come si può riportare appropriatezza sulle indicazioni al T.C.?

Analizzando gli studi a disposizione, il 70% dei casi riconoscono 4 indicazioni principali: sofferenza fetale, distocia dinamica, presentazione podalica e pregresso cesareo.

Vi è quindi necessità di riportare appropriatezza nelle indicazioni (vedi L.G. internazionali e nazionali già ampiamente disponibili).

In particolare, per quanto riguarda la sofferenza fetale, questa non può essere determinata solo dal CTG perché ha un tasso considerevole di falsi positivi, per cui questo aspetto deve essere valutato con una tecnica più sofisticata, rappresentata dalla valutazione del Ph fetale.

In secondo luogo nessun cesareo dovrebbe essere fatto per distocia, ossia per ritardo della progressione, senza aver prima tentato di correggere questo con l'ossitocina (e comunque l'incidenza del TC non dovrebbe superare il 2 per cento dei parti).

Sulla presentazione podalica, invece allo stato attuale non sembra esserci motivo di discussione (dopo esser fallito il tentativo di rivolgimento per manovre esterne che, nel 50% dei casi riesce a correggere la presentazione) perché i risultati di importanti studi indicano un netto vantaggio nel parto per via chirurgica.

Infine riguardo l'indicazione per pregresso cesareo, le migliori evidenze a disposizione indicano che per le donne che hanno fatto un taglio cesareo esiste un vantaggio per il parto vaginale se sono passati almeno 18 mesi e che quindi una prova di travaglio deve essere offerta alle donne con un taglio cesareo pregresso (se viene permessa la prova di travaglio non più del 30 per cento delle donne con pregresso cesareo necessita di un secondo taglio).

E' molto importante il sostegno agli operatori: oggi abbiamo nelle nostre sale parto una generazione di medici educati a risolvere ogni problema con un taglio cesareo ma che poco conosce delle manovre ostetriche, ma anche della fisiologia ostetrica, e che ha poco rispetto degli aspetti emozionali della nascita; e riaddestrare questo personale sembra essere un'operazione molto complicata.

In quest'ottica è molto probabile che da noi molti cesarei siano preventivi, per evitare cioè il rischio di trovarsi nella vera emergenza ostetrica a cui non si sarebbe in grado di rispondere.

E questo è dimostrato dall'osservazione che nelle unità operative più piccole dove sarebbe ragionevole attendersi una minore prevalenza di patologie, si eseguono più cesarei mentre nelle unità più grandi dove c'è concentrazione di patologia elevata il tasso di cesarei è più basso.

Su questo fronte dunque sarebbe importante mettere in atto un'operazione che preveda un'operazione nazionale di audit e sulla base dei risultati agisca e sui modelli organizzativi_(ad esempio con l'implementazione/creazione di network in cui i punti nascita lavorino in rete secondo un modello hub and spoke – centro e periferia, in cui esistano criteri espliciti di selezione delle pazienti per indirizzarle verso il punto nascita più appropriato per complessità di cure erogate e in cui esista un vincolo, per il centro, di diffusione delle competenze cliniche verso i centri più periferici) e sui modelli della formazione professionale (esigendo ad esempio dalle scuole di specializzazione delle facoltà di medicina la consegna al servizio pubblico di ginecologi che sappiano fare anche gli ostetrici e l'onere dell'aggiornamento del personale già in forza al servizio pubblico).

In tale opera educativa non andranno trascurati gli aspetti emozionali e biosociali della nascita altrimenti l'attuale tendenza a considerare il cesareo solo una modalità di nascita come un'altra renderà vano ogni sforzo.

Il processo per un cambiamento di questa tendenza è complesso, ma non impraticabile: esso passa attraverso forme di governo clinico fondate su linee guida basate sulle prove di efficacia, su programmi formali attivati in singoli ospedali e realizzati attraverso un processo volontario di autovalutazione, con la produzione di statistiche individuali di ogni singolo operatore coinvolto nell'assistenza al parto e dei punti nascita (rese pubbliche su *report* annuali) e su provvedimenti amministrativi che pareggino il valore economico del DRG parto spontaneo al DRG taglio cesareo.

DRG sul parto Tariffe DM 12/09/2006

| DRG | | Dimessi | Dimessi in % | Tariffe in euro ° |
|-------|--|---------|--------------|-------------------|
| 370 C | Parto cesareo con complicazioni | 16.550 | 3,0 | 3.371,95 |
| 371 C | Parto cesareo senza complicazioni | 193.164 | 35,2 | 2.359,69 |
| 372 M | Parto vaginale con diagnosi complicanti | 7.902 | 1,4 | 2.243,49 |
| 373 M | Parto vaginale senza diagnosi complicanti | 321.552 | 58,6 | 1.489,46 |
| 374 C | Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento | 8.003 | 1,5 | 1.945,49 |
| 375 C | Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento | 1.193 | 0,2 | 3.045,03 |

° ricovero ordinario entro soglia

Probabilmente, però, è riduttivo individuare solo in modificazioni di fattori medici e organizzativi la strategia per contenere il tasso di cesarei.

Se infatti, come osservava Anna Laura Regalia, il taglio cesareo «viene considerato invece solo una modalità di nascita come un'altra, inevitabilmente nel suo ricorso i medici sono condizionati dai giudizi-pregiudizi-valori connessi con il tema della riproduzione: è in questa chiave di lettura che si possono leggere indicazioni al cesareo, riportate anche sui DRG, quali figlio prezioso o primipara attempata».

Dovremo quindi iniziare a riflettere tra noi, ma anche assieme alle donne, cittadine, utenti su altri valori di tipo culturale e soprattutto se, come commentava Regalia, l'attuale richiesta-pretesa delle donne di garanzia sulla «qualità» del prodotto, da noi identificato con il feto-bambino, si riferisca per loro davvero al prodotto della gravidanza e non si riferisca, invece, forse al vero prodotto della medicina, ossia alla qualità dell'assistenza prestata alla gravidanza.

Iniziando a esplicitare che cosa vogliamo noi operatori e perché lo vogliamo, accantonando presunte giustificazioni quali «lo vogliono le donne», e iniziando un profondo processo di valutazione del nostro operare e di confronto con le donne, probabilmente ne deriverà un miglioramento della qualità oggettiva e percepita dell'assistenza prestata e, come logica conseguenza, anche una riduzione del tasso dei cesarei.

Un fattore "non clinico/organizzativo" che contribuisce al tasso elevato è che il cesareo viene considerato sempre più dalle partorienti e dai medici solo una modalità di nascita come un'altra e che quindi le pazienti e i medici sono inevitabilmente condizionati nella richiesta e nel suo ricorso dai giudizi, pregiudizi e valori connessi con il tema della riproduzione. Per contrastare questa situazione, le esperienze riportate in letteratura suggeriscono che tassi superiori di parti fisiologici sono associati a processi di implementazione di procedure fondate su prove di efficacia e al lavoro di gruppo, oltre che alle convinzioni intorno alla nascita.

In conclusione: i dati disponibili confermano, per quanto riguarda il taglio cesareo e, in generale l'assistenza in gravidanza e al parto, l'aumento in Italia del ricorso a una serie di procedure la cui utilità non è basata su evidenze scientifiche e non è sostenuta da un reale aumento delle condizioni di rischio. Il loro utilizzo è spesso totalmente indipendente dalle caratteristiche socio-demografiche delle donne e dalle loro condizioni fisiche ed è invece associato principalmente alla disponibilità delle strutture coinvolte e alla loro organizzazione. Tutto ciò deve portarci a riflettere sui motivi che hanno determinato questo fenomeno e a cercare di individuare interventi per invertire questa tendenza.

Al di là degli aspetti strutturali, determinanti importanti per la riduzione dei tagli cesarei sono:
degli aspetti strutturali, determinanti importanti per la riduzione dei tagli cesarei sono:

1. Tutti gli operatori della singola U.O. devono crederci

Fondamentale la posizione:

- del Direttore
- del responsabile dell'Ostetricia/Sala Nascita/Gravidanza a rischio
- della caposala

2. Costruire un gruppo di lavoro omogeneo

- il bagaglio tecnico ed il sapere ostetrico sono la prima risorsa

Omogeneo significa

- *Elevare il livello medio delle professionalità (medici, ostetriche, inf. professionali)*
- *Attraverso una formazione continua: formazione teorica e formazione pratica, tutoraggio mirato alla acquisizione di specifiche competenze e manualità.*
- *Senza rinunciare alle eccellenze dei singoli.*
- *La capacità del singolo operatore è un arricchimento e motivo di miglioramento per tutto il gruppo.*

La qualità dell'assistenza non dipende dalla presenza in servizio di questa o quella figura

3. Valorizzazione dei ruoli all'interno dell'equipe

- *Autonomia delle ostetriche nella conduzione della gravidanza e del parto fisiologico*
- *Lavorare sulla professionalità delle ostetriche (formazione costante sul campo) e sull'autonomia di scelta e di conduzione nella fisiologia.*
- *differenziare in modo preciso i percorsi della fisiologia (basso rischio) e della gravidanza a rischio, sia pre travaglio che in travaglio parto.*
- *Responsabilità del medico nella gravidanza a rischio*

4. Costruire scelte ostetriche condivise

- *Linee guida, protocolli, procedure :EBM e adattamento al punto nascita*
- *Discutere insieme fra medici, fra ostetriche e fra medici ed ostetriche insieme, le scelte cliniche, i protocolli e le procedure, le L.G. da adottare confrontandoci con l'EBM e cercando di tradurle nella nostra realtà.*
- *Condividere obiettivi e percorsi per raggiungerli.*
- *L'adozione di questi documenti deve essere condivisa tra gli operatori di ospedale e territorio, perché l'assistenza sia un vero "percorso nascita" integrato; la continuità può esistere per lo meno nella omogeneità dell'assistenza erogata*
- *Questi percorsi devono essere condivisi da tutte le figure coinvolte nel percorso nascita: medici, ostetriche, inf. professionali, operatori di nido/neonatalogia.*
- *Tutto ciò può permettere un comune approccio alle situazioni ostetriche, in modo che ognuno sappia in ogni momento chi fa che cosa.*
- *Impegno comune, condiviso, sulle indicazioni al TC*
- *Tracciato CTG patologico: L.G. della Regione Emilia Romagna "sorveglianza del benessere fetale nel travaglio di parto"*
- *parto di prova nelle precesarizzate: modalità condivise*
- *richiesta materna senza indicazione: non accettata*
- *valutazione della motivazione psicologica*
- *richiesta materna per ST: ST puerperale dopo parto vaginale*
- *condivisione di indicazioni "codificate" come la distocia dinamica e protocolli di uso dell'induzione e dell'augmentation con ossitocina*
- *percorsi definiti per le patologie materne non ostetriche (indicazione fantasiose)*
- *presentazioni podaliche: moxibustione ed eventuale rivolgimento per manovre esterne. (Sono N°10 in sedici mesi)*

5. Integrazione Ospedale-Territorio

- *L'integrazione fra i diversi servizi è presupposto fondamentale per un'assistenza continua ed efficace alla nascita.*
- *Il Percorso Nascita è diffuso come concetto ma la sua affermazione in proposta concreta a volte stenta ancora ad attuarsi.*
- *L'integrazione, dunque, non basta che sia scritta e declinata in protocolli, bensì deve essere "assimilata" nelle routine e nell'organizzazione dei diversi servizi coinvolti.*

6. Tecniche e metodiche farmacologiche e non per il controllo del dolore

- **Metodiche e tecniche farmacologiche:**
 - *Partoanalgesia (peridurale)*
 - *Farmaci antalgici ad uso parenterale*
- **Metodiche e tecniche NON farmacologiche:**
 - *Comprensione e significato del dolore*
 - *Dolore come risorsa*
 - *Supporto emotivo strutturato*
 - *Movimento e posizioni*
 - *Immersione in acqua*
 - *Massaggi*
 - *Agopuntura*

7 Impegno specifico sulla formazione alla comunicazione /relazione con la donna

- **La relazione è il valore aggiunto da implementare:**
 - *relazione efficace tra tutti gli operatori, per ottenere sintonia e collaborazione costante che significa efficacia nell'assistenza;*
 - *relazione efficace con la donna: per un "patto assistenziale" condiviso;*
 - *relazione efficace con le famiglie delle donne;*

Concretamente la relazione è un nuovo strumento clinico

8 Audit e feedback

- *La letteratura riconosce una discreta rilevanza ai percorsi di Audit e Feedback nel produrre un concreto miglioramento degli esiti.
Analizzare criticamente i comportamenti (e non gli operatori) per valutare il rispetto dei protocolli e delle evidenze (EBM). Analizzare collegialmente i casi clinici, anche quelli andati a buon fine, per valutare la correttezza e la con divisibilità delle scelte cliniche.*
- *Analizzare tutte le situazioni caratterizzate da scelte non corrette o non condivisibili, sia per i TC inutili che per i TC necessari non effettuati.*
- *Analizzare i dati del punto nascita: il ritorno dei dati numerici per gli operatori è fondamentale, la valutazione degli effetti degli interventi organizzativi/formativi consente di comprenderne l'impatto sul cambiamento*

9. Attenta valutazione delle possibili resistenze al cambiamento (operatori, donne, famiglie)

- *Gli operatori, ed in particolare i medici, sono le figure per le quali è più importante valutare le possibili resistenze che possono avere motivi psicologici, sono attribuibili alla scarsa disposizione a cambiare le proprie abitudini, sono conseguenza delle paure medicolegali, a volte originano dalla scarsa conoscenza delle evidenze scientifiche, nascono dalla presunzione di sapere quale sia il comportamento migliore perché: “la mia esperienza mi dice che...”*
- *Tenere in conto anche le possibili resistenze delle donne: la cultura dominante, basta seguire i media, propone solo cesarei e peridurale; il “vecchio” parto eutocico non esiste più, non è più presentato come una buona nascita.*
- *Affrontare e supportare le possibili resistenze dei famigliari, influenzati alla stessa maniera dai media ed incapaci di sopportare la*
- *Affrontare e supportare le possibili resistenze dei famigliari, influenzati alla stessa maniera dai media ed incapaci di sopportare la condivisione del dolore del parto.*

6. Presupposti per il cambiamento

Al di là dei pur necessari cambiamenti strutturali-organizzativi-formativi, per un'assistenza appropriata alla nascita vi è la necessità di partire da alcuni presupposti:

- in caso di fisiologia la gravidanza non è una malattia e la nascita è un evento ed un processo naturale;
- la donna ha le competenze per partorire, va valorizzata la sua capacità;
- la donna desidera vivere pienamente l'esperienza del parto;
- l'operatore promuove la fisiologia;
- l'assistenza appropriata (EBM) organizza i valori del rispetto e della protezione;
- va sostenuta la fisiologia e l'umanizzazione: la durata del travaglio dipende dai ritmi propri, naturali, della donna e del feto; il movimento è libero, qualsiasi posizione che la donna voglia per il parto; spinte spontanee, solo durante lo stimolo; le sensazioni guidano gli sforzi materni; ambiente intimo, sostegno fisico ed emotivo, continuità assistenziale; utilizzo di letto, sgabello o sedia, materassino, sostegno di altre persone; non episiotomia di routine;
- l'interferenza causa effetti potenzialmente dannosi. L'intervento va riservato alle situazioni anomale che deviano dalla fisiologia;
- livello di cure più basso compatibile con la sicurezza (OMS);
- la donna è coinvolta nelle decisioni;
- Ostetrica: promuove la fisiologia e assiste gravidanze e parti fisiologici;
- Medico: esperto in medicina materno fetale assiste gravidanze e parti a rischio;
- L'operatore interviene solo con procedure dimostrate vantaggiose (EBM);
- Continuità assistenziale;
- La “persona assistita” è al centro sia dei progetti formativi che organizzativi.

E quindi:

L'attività assistenziale degli operatori di riferimento durante la gravidanza, il travaglio, il parto/nascita ed il puerperio ha la responsabilità di assicurare la sicurezza e la soddisfazione delle persone assistite attivando le migliori risorse per il supporto bio-psico-sociale della donna/madre, del feto/bambino, della coppia, della famiglia.

E quindi:

i Servizi Materno Infantili di alta qualità sono caratterizzati da:

- accessibilità
- accoglienza
- efficacia
- efficienza
- appropriatezza
- accettabilità per le persone assistite

La qualità dell'assistenza include:

- la competenza tecnico/scientifica dei professionisti
- la disponibilità di dotazioni tecniche ed infrastrutturali
- i collegamenti e la continuità tra i diversi servizi
- l'esistenza di un sistema di riferimento e di valutazione del processo assistenziale
- il corretto utilizzo delle competenze dei diversi professionisti

Vi è la necessità di rivedere i modelli organizzativi per cercare di superare la parcellizzazione dell'assistenza. Nell'attuale situazione l'assistenza durante la gravidanza, il parto ed il puerperio è spesso erogata da più caregivers, in differenti strutture assistenziali, spesso non collegate tra loro e ciò non permette il realizzarsi della continuità dell'assistenza.

L'alta qualità dei Servizi Materno Infantili è influenzata in modo determinante dalla continuità e coerenza dell'assistenza dal periodo preconcezionale al puerperio in un continuum nella quale i providers e le donne siano "partners in care"

Attualmente è in corso un controverso dibattito sull'organizzazione e gestione dei servizi di assistenza alla nascita, in particolare sui ruoli e sulle responsabilità del Medico Ostetrico e dell'Ostetrica:

- *possono le Ostetriche condurre con autonomia e responsabilità i percorsi di assistenza alla nascita nella gravidanza fisiologica?*
- *devono i Medici Ostetrici intervenire nell'assistenza delle gravidanze, dei parti e dei puerperi normali?*

Le risposte al non devono derivare da opinioni lobbistiche ma da criteri basati su prove di efficacia e sulla attivazione di nuovi progetti di ricerca.

Esistono convincenti evidenze scientifiche che un'assistenza fornita da sole ostetriche, in un contesto di supporto alla naturalità dell'evento nascita, con una assistenza continuativa e personalizzata migliora la qualità delle cure, la sicurezza e la soddisfazione delle persone assistite.

In particolare si evidenzia:

- Maggiore probabilità di avere un parto spontaneo vaginale.
- Minor ricorso a farmaci analgesici e antidolorifici in travaglio.
- Minore incidenza di neonati con indice di apgar inferiore a 7 a 5 min.
- Minore probabilità di essere sottoposti ad interventi medici.
- Riduzione del numero di neonati che necessitano di rianimazione.
- Riduzione del tasso di episiotomie e lacerazioni perineali.
- Maggiore soddisfazione materna.

La letteratura generale e quella delle prove di efficacia forniscono supporti al modello di collaborazione fra professionisti.

Walker, del Royal Free Hospital di Londra, nell'articolo del 1995 "Controversies in Management: Should obstetricians see women with normal pregnancies? Obstetricians should be included in integrated team care" <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/310/6971/36?maxtoshow=&eaf>, raccomanda l'integrazione fra ostetrica, medico di medicina generale (che in Italia però non assiste le gravidanze) e medico specialista ostetrico.

Neilson, del Liverpool Women's Hospital, nell'articolo del 1996 "Antenatal care on trial" <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/312/7030/524>, scrive che sembrano accettabili i modelli di cambiamento assistenziale proposti negli studi randomizzati, fra i quali quelli in cui il medico specialista ostetrico è coinvolto solo quando insorgono i problemi.

La revisione Cochrane di Villar "Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy" <http://www.update-software.com/abstracts/ab000934.htm>, che include 3 studi randomizzati sulla valutazione dei vantaggi dovuti al tipo di operatore che fornisce l'assistenza in gravidanza, conclude che le donne si sentono lievemente più soddisfatte se assistite dalle ostetriche (o dai medici di medicina generale, che in Italia però non assistono le gravidanze) invece che dal medico specialista ostetrico ginecologo, mentre gli esiti materni e perinatali sembrano simili.

La revisione Cochrane di Hodnet "Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth" <http://www.update-software.com/abstracts/ab000062.htm>, che include 2 studi randomizzati, dimostra chiari vantaggi per la madre e per il bambino quando la continuità assistenziale in gravidanza e durante il parto viene fornita da un team di ostetriche rispetto ad una assistenza fornita in modo parcellare da una combinazione di medici ed ostetriche. Hodnett conclude suggerendo che i vantaggi potrebbero essere dovuti sia alla continuità assistenziale sia alla assistenza da parte delle ostetriche. E' possibile che il modello assistenziale fornito dalle ostetriche permetta più facilmente la continuità assistenziale rispetto al modello in cui i medici sono coinvolti nella assistenza diretta alle donne.

La linea guida basata sulle prove di efficacia "Antenatal care" (Assistenza alla gravidanza) prodotta dal NICE del Regno Unito nell'ottobre 2003 <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=114953>, riporta fra le raccomandazioni di tipo A (basate su studi randomizzati) che l'assistenza condotta dalle ostetriche dovrebbe essere offerta alle donne con gravidanze non complicate e che le visite programmate in alcuni momenti della gravidanza da parte del medico specialista ostetrico non migliorano gli esiti rispetto all'assistenza in cui il medico è coinvolto solo quando insorgono le complicanze.

Il ruolo delle Ostetriche è cambiato negli ultimi 10 anni in tutti i Paesi Europei, anche in Italia. Il suo intervento dovrebbe includere l'educazione prenatale e la preparazione al ruolo genitoriale nonché estendersi ad alcune aree della ginecologia, della pianificazione familiare e delle cure all'infanzia. L'evidence-based midwifery care si basa sulla ricerca e sulla consapevolezza che non solo la sicurezza personale ma anche la tutela del benessere psicologico e sociale della donna, del neonato e della famiglia sono outcomes importanti.

Le Ostetriche ed i Medici ostetrici devono essere inclusi in team integrati, in grado di garantire continuità ed appropriatezza dell'assistenza anche quando insorgano situazioni di rischio. La capacità di lavorare in team dove differenti professionisti sappiano e possano intervenire in modo appropriato coinvolgendo le persone assistite è diventata una competenza fondamentale per i professionisti dell'assistenza alla nascita, in un contesto di "team approach", in un armonico percorso di continuità assistenziale.

Nel percorso nascita deve essere offerta un'assistenza EBM che includa: corrette informazioni, screening appropriati, accessibilità dei servizi e, altrettanto importante, il corretto care giver per soddisfare e prendere in carico i bisogni specifici della donna.

Anche nei modelli formativi va superata la parcellizzazione della formazione universitaria attraverso percorsi congiunti su alcuni obiettivi formativi per una partecipazione responsabile ai processi di assistenza in situazione interdisciplinari, interprofessionali ed intersettoriali;

Qualità e sicurezza dell'assistenza dipendono molto dall'azione integrata tra le donne, le ostetriche ed i medici ostetrici

7. Proposte

In Italia la percentuale dei tagli cesarei ha raggiunto circa il 40%. Si può affermare che circa la metà di questi interventi rappresentano una metodica assistenziale inappropriata.

Vi è quindi la necessità di garantire un'assistenza appropriata, con le metodiche appropriate, in tutte e tre le diverse fasi del percorso nascita: gravidanza, parto e puerperio. Non vi sono dubbi, infatti, che sia del tutto insufficiente criticare l'evento finale legato alla modalità del parto quando poi tutto il percorso nascita viene gestito in un clima culturale medicalizzato.

Umanizzazione, miglioramento della qualità assistenziale, equità di accesso ai servizi devono coniugarsi con la promozione dell'appropriatezza degli interventi assistenziali soprattutto su un evento fisiologico quale è la gravidanza e la nascita.

Sempre ai fini dell'appropriatezza dell'assistenza fornita va avvalorato il ruolo dei vari professionisti nel percorso nascita, in particolare dell'ostetrica, anche tramite l'individuazione dei percorsi per il parto fisiologico e il parto "a rischio", nonché va ribadita la necessità della continuità assistenziale e della integrazione con l'assistenza territoriale.

Inoltre, nel percorso nascita, il piano di zona è, e deve ulteriormente diventare, lo strumento principe di collegamento istituzionale sul livello del distretto, quello che consente l'esercizio della governance locale, ed è, in più, anche il primo strumento di forte integrazione tra i soggetti pubblici e privati che operano nel territorio e tra i servizi sociali e quelli sanitari.

Implementazione del CeDAP

Il Cedap è una rilevazione a carattere individuale che si presta ad essere utilizzata in modo integrato sia con gli altri flussi individuali sia con i flussi gestionali del Sistema Informativo Sanitario per l'elaborazione di rapporti oltre che nazionali, soprattutto regionali (già alcune Regioni elaborano relazioni) e locali sul percorso nascita. I dati, migliorati ed integrati con alcuni altri dati o attraverso indagini ad hoc, costituiscono i flussi informativi quantitativi ed in parte anche qualitativi che possono permettere di orientare oggettivamente quali siano le criticità del percorso nascita sulle quali sia opportuno intervenire, cioè definire il problema, nonché le priorità degli interventi da prevedere nei singoli settori.

Il monitoraggio del ricorso al TC riveste una priorità fra le più cogenti del nostro SSN nonché dei SSR.

Diventa necessario riuscire ad evidenziare in modo oggettivo dove pesano di più i determinanti non medici per comprendere meglio le cause e soprattutto per indirizzare in modo più mirato eventuali interventi correttivi. Il confronto fra punti nascita deve essere fatto quindi tenendo conto della diversa casistica trattata. L'adozione della classificazione di Robson offre, tra l'altro, la possibilità di suddividere i parti in un numero limitato e riproducibile di classi omogenee per tipo di gravidanza, anamnesi ostetrica e andamento del parto, comparabili fra aree geografiche e punti nascita.

È importante precisare che nel tracciato del CeDAP sono contemplate tutte le variabili necessarie alla classificazione di ROBSON.

Per le Regioni ancora in difficoltà con i flussi CeDAP (Calabria e Molise) si potrebbero mettere in atto delle strategie di sostegno da parte di una o più Regioni in cui il sistema informativo nascite è sviluppato in modo da rendere possibile l'avvio della rilevazione ad un livello di maturità avanzato (con il trasferimento delle esperienze). Inoltre si potrebbero condividere con le Regioni e Province autonome dei protocolli per la definizione delle modalità di controllo dei dati inviati.

Ad esempio, per quanto concerne il taglio cesareo, a livello locale è senz'altro interessante poter monitorare l'evoluzione temporale del tasso di TC sia globale (a livello di ASL o di Regione) sia per punto nascita in modo da individuare i fattori "clinici" e/o organizzativi.

Le grandezze da leggere congiuntamente sono:

- Variazione temporale della % di parti per ciascuna classe di ROBSON
- Variazione temporale incidenza di TC in ciascuna classe di ROBSON

Infatti variazioni del peso relativo di ciascuna classe in termini di numero complessivo di parti implicano una variazione di complessità clinica nella casistica dei parti mentre variazioni di incidenza di TC in una stessa classe implica essenzialmente un cambiamento organizzativo.

Anche se la classificazione di Robson è abbastanza "grossolana" sembra comunque utile almeno da quanto descritto in letteratura come punto di partenza per approfondire e evidenziare fattori di rischio più specifici che resterebbero altrimenti confusi.

Anche se a livello regionale è sempre possibile personalizzare ed arricchire il tracciato record minimo previsto dal DM 395/2001 per alcune informazioni è sentita l'esigenza di effettuare la rilevazione in modo omogeneo e standardizzato su tutto il territorio nazionale. Ciò anche al fine di poter effettuare corretti confronti geografici e temporali. A tal fine è attivo un gruppo di monitoraggio costituito da rappresentanti regionali designati dalla Conferenza Stato-Regioni (attualmente le Regioni che partecipano al gruppo sono Sardegna, Toscana e Veneto) dal Ministero e dall'Istat. Il compito di questo gruppo è quello di "manutenere" il flusso CEDAP raccogliendo anche le esigenze evolutive che si manifestano a livello locale. Il gruppo di monitoraggio è quindi il luogo istituzionale nel quale tutte le amministrazioni coinvolte nella rilevazione possono colloquiare fra loro per risolvere le problematiche che via via potrebbero presentarsi.

Con poche variabili in più si potrebbero infatti raccogliere informazioni preziose quali:

- abitudine al fumo, alcool e droghe in gravidanza
- terapia antalgica durante il parto
- attaccamento al seno nelle prime 2 ore dalla nascita
- allattamento al seno alla dimissione
- partecipazione della donna a corsi di accompagnamento alla nascita
- altezza e peso pre-gravidico per il calcolo dell'indice di massa corporea (BMI)
- episiotomia

Altra modalità per ricavare dati utili al fine di definire le criticità è rappresentato dall'audit clinico che va sostenuto e incentivato. Occorre cioè ripetere a livello locale il lavoro di valutazione delle criticità, non per ridefinire nuove raccomandazioni, ma per selezionare, fra le indicazioni suggerite dalla Regione, quelle utili per apportare il cambiamento voluto nella propria realtà.

Ancora una volta, si riparte da un'analisi dei dati quantitativi e qualitativi, questa volta riferiti al proprio contesto locale, forniti già dalla Regione o raccolti da indagini ad hoc condotte in loco, e che prendono in considerazione anche la prassi attuale, le precedenti esperienze, l'opinione dei professionisti per definire sia i punti critici su cui occorre intervenire localmente che le priorità. La definizione degli interventi si basa, quindi, sulla conoscenza delle criticità locali, conoscenza che consente di selezionare le raccomandazioni più utili (e possibili) da implementare nel proprio contesto e di definire il risultato atteso e che fornisce gli indicatori al tempo zero.

Nel processo di implementazione vanno valorizzate le conoscenze dei professionisti e, se disponibili, anche competenze esterne al servizio sanitario. Il piano di implementazione locale prevede un'analisi dettagliata dei fattori che localmente ostacolano la messa in pratica della raccomandazione e l'individuazione delle azioni (e quindi degli strumenti) che si possono mettere in atto per superare i fattori di ostacolo.

Fondamentale, infine il *piano di valutazione*, in quanto quando si definisce il cambiamento che si vuole apportare, si deve anche definire che cosa si valuterà come risultato e in che modo

In questa fase in cui le Regioni sono impegnate, nei loro piani di rientro, a dare attuazione all'insieme degli atti programmatici nazionali sui singoli settori sanitari, potrebbe essere il momento giusto per una fattiva collaborazione per una azione di coordinamento tra Regioni per una razionalizzazione e omogeneizzazione dell'offerta, possibilità di accesso ai servizi e appropriatezza delle prestazioni per quanto riguarda l'area materno infantile.

Attraverso questo percorso si potrebbe dare attuazione al Progetto Obiettivo Materno Infantile, almeno nella sua sostanza piuttosto che nella lettera di tutti gli adempimenti, i quali hanno determinato nel passato quegli ostacoli che, tranne rare eccezioni, ne hanno impedito l'applicazione. Esempi sono la presa in carico, l'integrazione territorio-ospedale, i dipartimenti funzionali materno infantili, la riqualificazione dei consultori familiari che potrebbero trovare, senza necessità di forzature, lì ove condivisi, spontanea applicazione.

Attuazione degli obiettivi del percorso nascita del POMI

Obiettivi presenti nel POMI cui tendere:

Massima integrazione del CF nell'organizzazione dipartimentale attraverso l'afferenza al Distretto e la collaborazione con i servizi sociali e socio – assistenziali ad esso afferenti attraverso un Piano di integrazione sanitario – sociale – socio-assistenziale con coinvolgimento di tutti i servizi territoriali interessati e suo finanziamento

Migliorare l'informazione e l'educazione alla salute delle donne sulla gravidanza e sulla gestione della stessa attraverso: l'offerta di colloqui informativi sulla gravidanza; l'offerta attiva di corsi di preparazione al parto, alla nascita, al ruolo genitoriale e all'assistenza post-parto, con particolare riferimento alla promozione dell'allattamento al seno; la prevenzione delle malformazioni congenite, l'assistenza alla gravidanza fisiologica e l'individuazione delle gravidanze problematiche ed a rischio; l'adozione di una cartella ostetrica ambulatoriale orientata da linee guida condivise; l'operare in stretto collegamento con i centri di diagnosi prenatale per i casi che lo richiedano; l'offerta di sostegno psicologico individuale e di coppia ed alle gestanti; contatti permanenti con i reparti ospedalieri in cui le donne andranno a partorire, privilegiando l'integrazione degli operatori dei C.F. e ospedalieri per quanto attiene il percorso nascita; l'offerta di sostegno e presa in carico sanitario, psicologico delle minorenni che affrontano la maternità senza reti familiari e parentali di appoggio.

Corrispondenza tra livello di rischio perinatale e livello delle strutture (ostetrico-neonatalogiche) corrispondenti attraverso l'identificazione dei criteri di valutazione del rischio perinatale e di accertamento del livello di rischio materno e/o fetale

Riduzione dei Tagli Cesarei in particolare nelle strutture di I e II livello attraverso la riconversione della rete ospedaliera e l'afferenza al punto nascita competente per bisogni di salute

Prevenzione delle situazioni di emergenza ostetrica-neonatalogica attraverso la regionalizzazione dell'assistenza perinatologica integrata tra i vari livelli e l'attivazione del Servizio di Trasporto Assistito materno e neonatale nonché l'identificazione dei criteri di trasferimento della gravida e del neonato a rischio al livello adeguato, tendendo a ridurre/eliminare i trasferimenti d'urgenza materni pre o post parto e neonatali

Dimissioni protette attraverso l'attivazione della rete sanitaria ospedaliera-territoriale e sociale per il rientro a domicilio della madre e del neonato

Migliorare il benessere psico-fisico della puerpera e del neonato attraverso l'offerta attiva di visite domiciliari, con particolare riferimento al caso di dimissioni precoci e/o in situazioni di rischio sociale

Attività centrali, regionali e locali

Attraverso un percorso a cascata, sia a livello centrale, quindi regionale e alla fine a livello locale vi è la necessità di:

- Disporre dei dati
- Individuare i punti critici su cui intervenire
- Definire gli interventi da adottare

Per la promozione dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo” si prospettano tre linee di azioni complementari e sinergiche, da avviare in modo simultaneo:

- a) Politiche sanitarie di incentivazione/contenimento
- b) Programma elaborazione/disseminazione LG
- c) Programma *multifaceted* di implementazione della LG

Svolte da Attori/Livelli istituzionali diversi:

- Ministero Salute - SNLG
- Conferenza Stato-Regioni
- Regioni/Agenzie regionali
- Aziende (ASL/AO)

e attraverso il coordinamento di una cabina di regia così identificata:

Ministero della Salute (Direzione Programmazione Sanitaria, Direzione Prevenzione Sanitaria); Istituto Superiore di Sanità - SNLG (e centri collaborativi CEVEAS, ASP Lazio); Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali; Regione Toscana (Commissione Salute Conferenza Stato-Regioni).

A) Politiche sanitarie di incentivazione/contenimento

Gli interventi di politica sanitaria devono essere attuate a differenti livelli.

A livello centrale, il Ministero della Salute deve adoperarsi affinché:

- la riduzione dei TC sia presente come obiettivo prioritario nel nuovo PSN 2009-2011 (sono ormai svariati i PSN che lo hanno contemplato), ma con una enfasi particolare;
- vengano individuate strategie di incentivazione per le Regioni che hanno tassi di TC particolarmente contenuti (ad esempio, potrebbero essere previsti criteri aggiuntivi per la ripartizione del Fondo sanitario nazionale);
- siano definiti i criteri per la razionalizzazione dell'assistenza al parto e al neonato attraverso la ridefinizione dell'offerta di punti nascita (ottimizzazione del numero, riduzione di quelli in cui si verificano < 500 parti/anno e incremento della qualità complessiva degli altri punti nascita), nonché la messa a punto di processi informativi/organizzativi per far sì che ci sia afferenza al punto nascita competente con la differenziazione tra gravidanza fisiologica e gravidanza a rischio/patologica. Di conseguenza dovrà essere attuata la razionalizzazione dei reparti di patologia neonatale, delle terapie intensive neonatale e del trasporto neonatale, con la possibilità di riduzione dei reparti pediatrici;
- vengano definiti e sviluppati modelli organizzativi integrati ospedale/territorio sul percorso nascita;
- sia valutata l'opportunità di rimodulare la tariffa per i DRG di taglio cesareo o di praticare abbattimenti tariffari remunerando con la tariffa del DRG di parto spontaneo senza complicazioni i ricoveri per TC oltre una determinata soglia di appropriatezza, fissata in base ai livelli di complessità delle strutture. Potrebbero anche essere previste, ove possibile, politiche incentivanti/disincentivanti per i responsabili di struttura (già deliberato in alcune regioni: vedi Campania).

Il passaggio successivo sarà l'atto di intesa con la Conferenza Stato-Regioni al fine della condivisione delle strategie di incentivazione/contenimento.

Le Regioni/Agenzie regionali dovranno provvedere all'attuazione di politiche di incentivazione/contenimento attraverso misure differenti quali, ad esempio:

- abbattimenti tariffari oltre soglia

- rimodulazione tariffe DRG
- accreditamento istituzionale (condizionato al raggiungimento di determinati obiettivi di appropriatezza)
- obiettivi Direttori Generali

E contemporaneamente all'implementazione di modelli di rete per l'assistenza al parto e al neonato attraverso:

- la razionalizzazione dei punti nascita, delle neonatologie e pediatrie
- la definizione della rete assistenziale (trasporto in utero e neonatale, afferenza al punto nascita competente secondo il modello hub & spoke, ecc)
- la realizzazione di modelli organizzativi integrati ospedale/territorio sul percorso nascita e la riqualificazione dei consultori familiari

Infine, alle Aziende sanitarie (ASL/AO) spetterà il compito di mettere in atto interventi di incentivazione/contenimento sulle strutture di erogazione utilizzando:

- gli obiettivi dei primari
- la contrattazione del budget

B) Programma di elaborazione/disseminazione delle linee guida

Tale programma vede coinvolti quali principali attori il Ministero della Salute ed il Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) e si articola in due diverse azioni.

- adozione delle Linee Guida "Caesarean section" del National Institute for Clinical Excellence (NICE), da parte di un panel multidisciplinare di esperti, coerentemente con il percorso metodologico dell'SNLG. In particolare, sono previste le seguenti fasi:
 - traduzione LG Nice
 - adattamento al contesto italiano
 - sviluppo della sezione modalità organizzative (es. modello ospedale ostetriche)
 - stesura di una sintesi divulgativa, da destinare alle donne in gravidanza in un'ottica di empowerment
- disseminazione attiva delle Linee Guida mediante:
 - organizzazione/partecipazione a convegni
 - campagna mediatica avente come target la popolazione generale
 - progetto ECCE per l'Educazione Continua in Medicina
 - invio delle LG ai ginecologi (anche attraverso il coinvolgimento delle Società Scientifiche)
 - divulgazione attraverso i siti web di istituzioni sanitarie, Ordine dei Medici ecc.

Il passaggio successivo sarà l'atto di intesa con la Conferenza Stato-Regioni, al fine di condividere il Programma stesura/implementazione delle Linee Guida.

C) Programma multifaceted di implementazione della lg

Concluso il lavoro di stesura della LG e parallelamente al processo di disseminazione attiva, sarà avviato un programma di implementazione.

Alle Regioni/Agenzie regionali spettano le seguenti attività:

- analisi del contesto e studio della variabilità geografica, dei trend temporali e della variabilità socioeconomica (vedi anche Tavolo interistituzionale per l'adeguamento del flusso CEDAP)
- identificazione delle strutture a più alto tasso di TC (vedi anche *Piano di riorganizzazione punti nascita*)

- individuazione delle strutture con migliori performance per l'analisi dei modelli organizzativi associati a un più basso tasso di TC, in un'ottica di benchmark
- supporto alle Aziende sanitarie nella pianificazione e realizzazione degli interventi di implementazione a livello locale
- realizzazione di verifiche periodiche dei risultati e feedback alle Aziende sanitarie

Sarà cura delle Aziende sanitarie (ASL/AO)

- identificazione delle criticità e barriere al cambiamento a livello di singolo punto nascita - limitatamente agli outliers - avvalendosi di metodologie mutate dalla ricerca qualitativa (es. focus group, interviste semistrutturate, metodologia SODA ecc.)
- stesura di protocolli/percorsi a livello di singolo ospedale per l'implementazione mirata delle LG su specifiche aree critiche
- formazione degli operatori sui percorsi attraverso meeting educazionali
- audit periodici di verifica tra pari delle criticità dei percorsi

Da tenere in debito conto che presso la Commissione Salute della Conferenza Stato-Regione è attivo il tavolo permanente interregionale sul Materno Infantile che potrebbe essere utile strumento di lavoro e condivisione delle iniziative.

Altro importante aspetto da considerare e ove possibile, coordinare con le Regioni potrebbe essere il “Programma per la Ricerca Sanitaria: attività di ricerca finalizzata”, nelle aree tematiche e articolazione dei Programmi Strategici Salute della Donna - Area materno infantile nella quale considerare proposte di Programmi Strategici relativi alla gravidanza ed al periodo perinatale.

Chiaramente il Piano deve trovare

- un forte supporto politico sia da parte del Ministro che delle Regioni
- la formalizzazione della “Cabina di Regia”
- la partecipazione attiva delle Direzioni Generali interessate (Programmazione, Prevenzione, Comunicazione, Ricerca, Sistema Informativo)
- adeguate risorse economiche ed umane per la sua implementazione

8. Progettualità

Nell'ambito dei progetti CCM sono stati approvati ed affidati all'Istituto Superiore di Sanità il Progetto “Percorso nascita” che consiste nella sperimentazione controllata dei progetti strategici descritti nel Progetto Obiettivo Materno Infantile, al fine di acquisire elementi concreti di valutazione delle azioni intraprese e l'Indagine sulla nascita tra le donne immigrate.

Il percorso nascita: sperimentazione di modelli operativi

L'individuazione del percorso nascita nasce da tre considerazioni:

- L'eccesso di medicalizzazione della nascita, con eccesso di pratiche inutili e potenzialmente dannose, che hanno raggiunto nel nostro paese, soprattutto al Sud, livelli molto alti, in contrasto con qualsiasi approccio scientifico alla salute. Ne sono un esempio l'eccesso di ecografie ed analisi non raccomandate, di parti con taglio cesareo, di episiotomie e induzioni. Il tutto in contrasto con le raccomandazioni nazionali e internazionali.
- l'occasione della nascita è favorevole per la promozione della salute, eliminando o riducendo comportamenti potenzialmente dannosi;
- le valutazioni di efficacia e di impatto, immediatamente e a breve tempo, sono possibili con indicatori di **processo** (per es. percentuale di partorienti che ha frequentato un corso di accompagnamento alla nascita, per parità e per livello di istruzione), **risultato** (per es. percentuale di gravide con più di tre

ecografie, prevalenza di parti con TC) ed **esito** (prevalenza di allattamento al seno in modo esclusivo alla dimissione, a tre mesi e a sei mesi).

La soluzione proposta è l'applicazione integrale delle azioni previste dal Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI), per quanto attiene il percorso nascita, ed in particolare attivare le sinergie derivanti da attività svolte in modo integrato tra i diversi livelli assistenziali ed i consultori familiari, così come raccomandato dal POMI.

Nonostante risalga al 2000 e sia stato integralmente ripreso dai LEA, l'applicazione del POMI è ancora scarsa e, con il presente programma, si vuole dimostrare che la sua applicazione su larga scala è fattibile nonché l'impatto migliorativo sugli indicatori di salute relativi al percorso nascita.

Le attività oggetto di valutazione sono:

- *Periodo preconcezionale*: offerta attiva a tutte le coppie che si sposano di un incontro per counselling su procreazione responsabile, genitorialità, prevenzione malformazioni.
- *Periodo gravidanza*: offerta attiva a tutte le donne che entrano in gravidanza di un incontro per counselling sull'assistenza antenatale; offerta attiva di corso di accompagnamento alla nascita.
- *Travaglio-parto*: promozione e sostegno del parto attivo; rooming in; promozione, sostegno e protezione dell'allattamento al seno; counselling sulle cure neonatali e informazione su normative e sui servizi in puerperio per la salute della donna e del bambino.
- *Puerperio*: offerta attiva di almeno un incontro in puerperio a tutte le donne che hanno partorito nel territorio, counselling sulle cure in puerperio, promozione della procreazione responsabile, promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno.

Da parte dell'ISS vi è l'impegno nell'assistere la progettazione operativa, l'implementazione, il monitoraggio e la valutazione, su base scientifica. Ci si attende una adesione di 30 – 50 ASL ASL / Distretti con esperienza, anche parziale, delle attività indicate, tali da permettere la sperimentazione di modelli operativi riqualificati soprattutto per quanto concerne le modalità dell'offerta attiva e la valutazione con indicatori di processo, risultato ed esito.

Indagine sulla nascita tra le donne immigrate

Scopo dell'indagine è quello di stimare, nella popolazione immigrata che affronta il percorso nascita, i principali indicatori relativi al percorso nascita, anche in confronto con un campione di cittadine italiane partorienti.

La violenza contro le donne: prevenzione, servizi, formazione degli operatori socio-sanitari

A cura di

Alessandra Kustermann, Marinella D’Innocenzo

Gruppo di lavoro

“La violenza contro le donne: prevenzione, servizi, formazione degli operatori socio sanitari”

Coordinatori: Marinella D’Innocenzo, Alessandra Kustermann

1. La violenza contro le donne

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la violenza contro le donne come "l'uso intenzionale della forza fisica o del potere, o della minaccia di tale uso, rivolto contro se stessi, contro un'altra persona...che produca o sia molto probabile che possa produrre lesioni fisiche, morte, danni psicologici, danni allo sviluppo, privazioni".

Nel documento "Verso un Piano di azioni per la promozione e la tutela della salute delle donne e dei bambini" presentato l'8 marzo scorso a Napoli, è scritto:

La violenza sessuale e domestica è un fenomeno esteso e sempre più rilevante.

In Italia una recente indagine ISTAT, curata da Linda Laura Sabbadini nel 2006, condotta in seguito a una convenzione con il Ministero per i Diritti e le Pari Opportunità, dimostra che le donne italiane tra i 16 e i 70 anni vittime di violenza fisica o sessuale nel corso della vita sono stimate in 6.743.000 e, in particolare, circa un milione di donne ha subito stupri o tentati stupri. Il 14,3% delle donne, che abbiano o abbiano avuto un rapporto di coppia, ha subito almeno una violenza fisica o sessuale dal partner. Solo il 7% delle donne che ha subito violenza da parte di un partner, lo

denuncia. Il sommerso continua, quindi, ad essere la norma. Inoltre, e ben più grave, appare il dato che il 33,9% delle donne che subiscono violenza dal partner e il 24% di quelle che l'hanno subita da un non partner, non parla con nessuno delle violenze subite. Nel silenzio si consuma la violenza e dal silenzio continua ad essere avvolta. I danni sulla salute fisica e psichica che la violenza determina sono quindi non prevenibili se non si attivano risorse e soluzioni innovative in grado di spezzare la spirale che incatena in un medesimo destino anche le generazioni future.

Dalla ricerca ISTAT emerge che tra i fattori che determinano una maggiore predisposizione a divenire un partner violento appare maggiormente significativo avere avuto un padre che picchiava la propria madre o che è stato maltrattato dai genitori. Infatti, la quota di violenti con la propria partner è pari al 30% fra coloro che hanno assistito a violenze nella propria famiglia di origine, al 34,8% fra coloro che l'hanno subita dal padre, al 42,4% tra chi l'ha subita dalla madre, mentre è limitata al 6% tra coloro che non hanno subito o assistito a violenze nella famiglia di origine.

Studi epidemiologici internazionali hanno dimostrato conseguenze fisiche, psicologiche e sociali della violenza, che oltre ad essere un grave evento traumatico ed un'esperienza intollerabile che annienta il senso di integrità personale, provoca danni di lungo periodo ed è anche fattore eziologico in una serie di patologie rilevanti per la popolazione femminile. Sono stati condotti studi sulle patologie ginecologiche, gastroenterologiche, sui disturbi alimentari, disturbi d'ansia e attacchi di panico. Particolare attenzione è stata data dall'OMS alle patologie mentali e alla depressione. Fra le donne che hanno subito violenza si riscontra anche una maggiore frequenza di suicidio.

La raccomandazione del Consiglio d'Europa n. 1582 del 27.09.2002 e del Comitato Economico del 22.02.2006, hanno invitato gli Stati membri ad adottare misure per la tutela della salute e la sicurezza delle donne. Hanno ribadito il carattere diffuso della violenza domestica contro le donne, che ne subiscono conseguenze a tutti i livelli: casa, salute, comportamento, relazioni sociali, educazione, libertà di vivere la propria vita. Questo fenomeno endemico riguarda tutti i Paesi europei ed è presente in tutte le categorie e classi sociali. La violenza domestica può manifestarsi in diverse forme quali l'aggressione fisica, l'abuso, la violenza sessuale, le minacce e l'intimidazione. L'Assemblea ha considerato gli atti di violenza domestica come atti criminali e ha invitato gli stati membri ad assumersi l'obbligo di prevenire, istruire e punire gli atti di violenza domestica, offrendo in tal modo una protezione alle vittime. Sono stati sollecitati i governi a mettere in atto politiche efficaci di sensibilizzazione e campagne di informazione per porre la popolazione nella condizione di conoscere ed essere educata sul tema.

E' stata riconosciuta la necessità e l'importanza dell'elaborazione di strategie di intervento collettivo a livello locale per prevenire il fenomeno e dare assistenza alle vittime, nonché è stato sollecitato il miglioramento delle statistiche sulla violenza domestica e l'aumento delle risorse per sostenere i servizi sociali che trattano il problema della violenza domestica.

In conclusione, per contrastare la violenza generando al contempo un cambiamento culturale e sociale, sono necessarie azioni sinergiche: sensibilizzare e informare, promuovere attività di educazione, di prevenzione e di cura, attivare rapporti fecondi di collaborazione tra le strutture sul territorio.

Progetto “APERTURA DI SPORTELLI CONTRO LA VIOLENZA SULLE DONNE SU TUTTO IL TERRITORIO NAZIONALE”

Ai consultori, ai centri dell'associazionismo femminile e del volontariato sociale arrivano donne che hanno già deciso di chiedere aiuto per uscire da un legame violento, mentre al pronto soccorso di un ospedale arrivano donne diverse, non meno sofferenti, ma ancora incapaci di dare un nome a ciò che è avvenuto. Donne che si nascondono dietro storie di improbabili cadute accidentali o di incidenti domestici contro spigoli di porte o di altri eventi altrettanto inverosimili; donne che non riuscirebbero a pronunciare la parola violenza sessuale per descrivere rapporti subiti dopo minacce o percosse.

Gli operatori di un Pronto Soccorso e i medici di medicina generale, anche se hanno di sicuro incontrato nella loro professione persone che hanno subito violenze, maltrattamenti fisici o psicologici, raramente hanno gli strumenti culturali necessari per riconoscerle.

A volte è l'inizio di una gravidanza l'occasione scatenante del manifestarsi di un conflitto, della rottura di un precario equilibrio raggiunto, e da quel momento le violenze psicologiche o fisiche possono entrare a far parte del nuovo lessico familiare di quella coppia. Il ricatto economico, il bisogno di condivisione delle responsabilità parentali, la difficoltà di modificare le proprie abitudini di vita per adattarsi all'impegno del ruolo materno, il senso di inadeguatezza e di progressiva insicurezza, la vergogna per il fallimento della coppia, la paura della solitudine, e, a volte ancora, un residuo sentimento d'amore, impediscono alla donna di rendere pubbliche le violenze. All'inizio subisce nella speranza che ogni volta sia l'ultima, alla fine continua a subire per l'impossibilità di intravedere altre vie di uscita, per i figli e per sé.

Per questo non è facile una diagnosi differenziale tra lesione accidentale e violenza domestica, per la difficoltà di riconoscere i segnali inespressi: le pregresse ecchimosi di diverso colore, il dolore psichico eccessivo rispetto all'evento traumatico dichiarato, l'atteggiamento di difesa e di paura.

Gli ambulatori medici e gli ospedali sono luoghi dove non è facile trovare il tempo per curare con attenzione ferite nascoste o per comprendere il contesto sociale e familiare delle persone che vi si rivolgono.

D'altra parte la prevenzione di ulteriori danni per la donna e per i figli di quella coppia è possibile solo se la diagnosi di violenza domestica viene posta precocemente. La spirale degli abusi e delle violenze intrafamiliari è l'inizio di una catena di eventi violenti che coinvolgeranno anche le generazioni future.

Per attuare un'azione di prevenzione bisogna fornire agli operatori sanitari una preparazione adeguata ad ascoltare in un modo diverso, a prestare attenzione anche alle parole non dette, perché troppo difficili da pronunciare. Tuttavia, l'ascolto, la comprensione, l'empatia sono necessari, ma non sufficienti a determinare nella donna la scelta di uscire dalla violenza, che richiede di iniziare un percorso ben più lungo e tortuoso. I tempi necessari ad una donna per decidere di uscire da una situazione di violenza domestica sono molto diversificati; chiunque si occupi di questo problema conosce il rischio di tramutare l'iniziale comprensione in giudizio negativo, in insofferenza, in esplicita intolleranza.

- *Pronto soccorso ospedaliero*

Ambito privilegiato per l'apertura di sportelli “dedicati” è sicuramente quello ospedaliero, con particolare attenzione al Pronto Soccorso, per offrire accoglienza, ascolto e informazione alle donne che vi afferiscono e che presentano caratteristiche direttamente o indirettamente collegabili ad una storia di maltrattamento e abuso. Tali sportelli diventeranno punto di riferimento nonché preziosa risorsa anche per il personale sanitario impegnato nei vari reparti. Ipotizzare l'apertura di sportelli dislocati sul territorio nazionale significa individuare le realtà e gli operatori più sensibili da cui partire per un primo livello di sperimentazione.

In altri termini, una volta riconosciuto che quella donna ha un problema più ampio rispetto alla ferita o alla malattia per cui si è rivolta ad un Servizio Sanitario, bisogna essere in grado di fornire, attraverso una specifica accoglienza sanitaria e all'attivazione successiva della risorsa “sportello” tutte le informazioni necessarie sulla rete attivabile. Per maturare una decisione autonoma per uscire dalla situazione di violenza la donna necessita di tempo; gli aiuti e sostegni che si attiveranno attorno a lei, anche e soprattutto quelli di una ricostituita rete amicale e parentale o di una nuova rete dei servizi specialistici, sono fondamentali.

La costruzione della rete dei servizi che si occupano di azioni di contrasto alla violenza domestica e sessuale, è azione imprescindibile per l'invio/accompagnamento delle donne presso i centri più adeguati. E' fondamentale che gli sportelli prevedano la possibilità di presenza al colloquio di mediatrici culturali per le vittime di violenza straniera che non siano in grado di comprendere le possibilità di aiuto e intervento proposte.

Gli sportelli, inoltre, dovranno integrarsi con i centri di soccorso per la violenza sessuale là dove siano già attivi.

La proposta di aprire all'interno dei pronto soccorso ospedalieri di maggiore affluenza sportelli dedicati ad aiutare le donne che subiscono violenza domestica costituisce una risorsa per incentivare la diagnosi precoce e per supportare gli operatori sanitari che si confrontano con una problematica così complessa. La necessità di tutelare la vittima e gli eventuali figli deve essere sempre tenuta presente. A volte proprio l'avvio di un'indagine giudiziaria accentua il rischio per la donna di subire ulteriori e più gravi violenze. Una possibile offerta di aiuto da utilizzare in un futuro più o meno prossimo può essere più utile per la donna di un atto di forza, quale la denuncia di reato, specialmente se effettuata senza il suo consenso.

Gli sportelli saranno un luogo di prima accoglienza per chi è vittima di questo reato, dove potrà fare l'esperienza di un ascolto e di un dialogo con altre donne (assistenti sociali, psicologhe, operatrici di accoglienza), e costruire una relazione di fiducia. Gli sportelli avranno il compito di fornire una prima risposta, di informare sulle opzioni possibili e sulla rete esistente di servizi pubblici, del privato sociale e dell'associazionismo femminile in grado di offrire un aiuto competente, anche rispetto ai diritti legali. Avranno una funzione di facilitazione di una eventuale successiva presa in carico psicologica per la coppia, se ancora possibile, o per la donna. In ogni caso potranno offrire una funzione di recupero di una capacità genitoriale, di supporto e di salvaguardia per i figli, di prevenzione di comportamenti antisociali per le generazioni future”.

Condividendo profondamente queste riflessioni e il piano propositivo, suggeriamo come ulteriore approfondimento il seguente Progetto, che auspichiamo possa essere adottato dal Ministero della salute e dalle Regioni

2. Progetto accoglienza e assistenza delle vittime di violenza sessuale e domestica presso i servizi ospedalieri e territoriali

Scopo del presente documento è quello di formulare una proposta di attuazione su tutto il territorio nazionale.

La violenza sulle donne, specie in ambito domestico, è considerata un fenomeno a genesi multifattoriale, che costituisce la base di diverse forme di violenza che si manifestano nella società verso le fasce deboli. La conoscenza delle modalità violente nelle dinamiche della coppia è considerata punto di partenza per attuare un'efficace prevenzione anche all'interno della struttura sanitaria. Il numero di vittime di che si rivolgono ai servizi di Pronto Soccorso degli ospedali è un fenomeno in aumento.

Considerato che:

- la violenza sessuale e il maltrattamento hanno un impatto sulla salute delle persone e, di conseguenza, sulla sanità pubblica, che va oltre il singolo evento violento, ma che ha conseguenze a breve e lungo termine fisiche, psichiche e sociali;
- il non riconoscimento della violenza come causa di malattia è uno dei fattori che favorisce l'incidenza degli esiti a distanza;
- le donne maltrattate ricorrono ai servizi sanitari con una frequenza da 4 a 5 volte maggiore rispetto alle donne non maltrattate;
- il numero di vittime che si rivolge al Pronto Soccorso è nettamente superiore a quello delle donne che si recano alla Polizia, ai consultori, ai servizi sociali e ai servizi messi a disposizione dal volontariato;
- l'autore delle lesioni solo raramente viene riportato dal medico di turno al pronto soccorso (più frequentemente risulta dalle schede cliniche una generica definizione di “violenza da persona nota”), per cui è difficile rilevare la reale consistenza del fenomeno.

Il progetto individua nel Pronto soccorso il luogo dove oltre all'intervento sanitario sull'emergenza della violenza sessuale, si può far emergere la violenza domestica e si deve avviare una organica risposta, anche sul piano psico-sociale, costruendo la rete con il territorio, distretti, i medici di medicina generale, i consultori, ma coinvolgendo anche il privato sociale e l'associazionismo femminile.

Da anni in Italia sono attivi in alcune, poche, strutture sanitarie gruppi di operatrici e operatori che si sono dati organizzazione e collocazione diversificata nelle varie realtà (Centri Soccorso Violenza Sessuale, Centri d'Ascolto, Centri per individuare l'abuso sessuale e i maltrattamenti sui minori, ecc).

Appare oggi evidente la necessità di rendere omogeneo lo sviluppo di servizi idonei all'assistenza alle vittime di violenza sessuale e domestica presso i Pronto Soccorso ospedalieri come ambito privilegiato per l'apertura di sportelli dedicati e promuovere la formazione capillare del personale sanitario.

Azioni necessarie

- **Piano formativo** che si propone di sensibilizzare gli operatori sanitari ospedalieri e territoriali per il riconoscimento ed una adeguata accoglienza delle vittime, al fine di indurre una minore tolleranza nei confronti di questo tipo di sopruso, un atteggiamento protettivo nei confronti delle vittime ed una maggiore propensione alle azioni per limitare la diffusione e le conseguenze della violenza (morti e lesioni evitabili). A questo fine ogni Regione dovrebbe organizzare corsi di Aggiornamento Obbligatori per tutto il personale sanitario, in particolare per chi opera all'interno dei DEA, avvalendosi di formatrici e formatori provenienti dalle realtà istituzionali (sanitarie, giudiziarie, sociali) già operanti e dai Centri Antiviolenza, dall'associazionismo femminile e dal privato sociale.
- **Riconoscimento** nell'ambito dei **LEA** dell'Assistenza alla donna, al bambino e all'adulto in condizioni di fragilità (vittime di violenza).
- **Identificazione di un codice DRG per la violenza** specifico e unico su tutto il territorio nazionale.
- **Apertura**, nelle realtà di grandi Pronto Soccorso, di **sportelli** in cui siano presenti gruppi di operatrici/operatori (mediche/ci, infermiere/i, ostetriche/ci, psicologhe/i e assistenti sociali e/o operatrici/operatori dell'accoglienza provenienti dal terzo settore), riconosciuti dalla Direzione del DEA, dedicati alla presa in carico delle vittime di violenza, in stretto collegamento con la rete territoriale e che ne costituiscano il punto di riferimento nell'emergenza. **Possibilità** di avvalersi di una mediazione culturale in pazienti di altra etnia con difficoltà linguistiche.
- **Promozione**, presso i medici di medicina generale e i consultori familiari, della necessità di uno screening sistematico delle vittime di violenza domestica.
- **Adozione di schede per la valutazione della pericolosità** (1. schiaffi; spinte in assenza di lesioni apparenti; 2. Pugni, calci, contusioni, tagli; 3. Gravi percosse, estese contusioni, bruciate, fratture; 4. Minaccia di usare armi, lesioni al capo, lesioni interne, lesioni permanenti; 5. Uso di armi, ferite da armi). Va tenuto conto di: frequenza e gravità degli episodi di violenza fisica durante l'ultimo anno (minaccia con armi, minacce di morte, tentativo di soffocamento, disponibilità di armi in casa) utilizzo di alcol e/o droghe da parte del partner, ossessivo controllo dell'attività della donna, tentato o mancato suicidio della donna, minaccia o tentativo o mancato suicidio del vessatore, violenza con i figli, attitudine violenta fuori casa.
- **In ogni Regione** deve essere **attivato** e adeguatamente finanziato, all'interno dell'ospedale di maggiori dimensioni o che abbia un Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) con utenza elevata, almeno un Centro antiviolenza di riferimento regionale, che operi in modo integrato con la rete dei DEA e con il 118. Compito del Centro di riferimento regionale sarà di assistere le vittime di violenza sessuale e domestica e di coordinare la formazione insieme agli esperti di queste tematiche (case delle donne, associazionismo femminile, ecc.), in accordo con i comuni, le aziende ospedaliere e sanitarie locali. Dovrà avere le seguenti caratteristiche:
 - possibilità di garantire un'assistenza continua, anche attraverso la reperibilità h24/24 e 365 giorni all'anno, da parte di personale sanitario esperto e, soprattutto, motivato ad assistere le vittime di violenza sia sessuale che domestica (donne, adulti e minori), avvalendosi anche di personale non dipendente dal DEA. A tal fine possono essere attivate convenzioni con altre aziende ospedaliere, consultori e poliambulatori territoriali;

- utilizzo nella pratica clinica di protocolli diagnostico terapeutici (premessa per linee guida) il più possibile uniformi sul territorio, anche per la descrizione delle lesioni genitali, extragenitali e per la definizione di maltrattamento intrafamiliare. Raccolta e archivio dei reperti obiettivi (garanzia della sicurezza della catena delle prove in vista di un eventuale procedimento giudiziario) e documentazione corretta dell'evento (anche con valutazione della situazione psichica dichiarata dalla vittima);
- necessità di identificare, grazie alla formazione degli operatori dei DEA, la maggior parte delle presentazioni subdole di violenza domestica che affluiscono al pronto soccorso. Presenza di personale capace di stabilire una relazione d'aiuto con la vittima, nel rispetto della volontà e dei tempi della donna. Costruzione di reti territoriali che consentano di indicare alle vittime i servizi disponibili sul territorio per la terapia di supporto e i riferimenti dell'Associazionismo femminile e del terzo settore operanti nelle realtà locali;
- il personale dedicato all'attività del Centro antiviolenza dovrà comprendere almeno: 4 medici (di cui almeno una ginecologa), 4 infermiere/i e/o ostetriche/ci, 2 assistenti sociali, 2 psicologhe, una amministrativa con la possibilità di usufruire di altro personale dipendente o meno dall'Azienda ospedaliera per eventuali consulenze (medico legale, pediatra, neuropsichiatria infantile, psichiatra, ecc.);
- percorso privilegiato, dall'ingresso in Pronto Soccorso alla effettuazione degli accertamenti diagnostici e terapeutici, con l'assegnazione di un codice di triage che consenta una presa in carico delle vittime con tempi di attesa ridotti (per questo è opportuno prevedere il coinvolgimento degli operatori sanitari reperibili, che possono dedicare all'assistenza alle vittime di violenza un tempo superiore a quello abitualmente possibile negli affollati pronto soccorso delle grandi città italiane);
- requisiti strutturali e organizzativi che permettano di assicurare alla donna la massima assistenza nel rispetto della dignità, della tutela della riservatezza e sicurezza della vittima (adeguato luogo di accoglienza in Pronto Soccorso, locali idonei alla visita, sala d'aspetto attrezzata per i bambini, possibilità di ricovero ospedaliero nell'emergenza, convenzioni con case di accoglienza per donne in situazioni di rischio, ecc).

Formazione degli operatori: aspetti didattici e contenuti minimi

1. La violenza domestica: un problema da affrontare.
2. Definizione di violenza domestica e tipologia dei maltrattamenti.
3. Le cause della violenza domestica.
4. Persecutori e vittime: la spirale della violenza domestica.
5. Principi fondamentali per migliorare la risposta delle strutture sanitarie.
6. La violenza assistita.
7. Lo screening sistematico per l' identificazione delle vittime di violenza domestica.
8. Minimizzazione e negazione dell'evento da parte della vittima.
9. Valutazione della pericolosità .
10. Informazioni sulle risorse disponibili.
11. Documentazione delle forme di violenza
12. Aspetti giuridici e medico legali.

Ogni Regione dovrà garantire una codifica uniforme e una raccolta dati informatizzata in rete con le realtà istituzionali e non istituzionali, che operano in questo campo. Al fine di rendere più efficace l'identificazione del problema e di attuare misure di prevenzione, dovranno essere raccolti i dati di accesso al SSN, garantendo l'anonimato delle vittime, per un'analisi statistica, condivisa con l'Osservatorio sulla violenza istituito presso il Ministero dei Diritti e delle Pari Opportunità, che sarà presentata annualmente al Parlamento.

Focus sulle malattie cardiovascolari della donna in post- menopausa

A cura di

Maria Grazia Modena

Gruppo di lavoro

“La salute della donna durante tutto l’arco della vita”

Coordinatori: Giovan Battista Ascone, Concetta Mirisola

1 Premessa

La Cardiopatia Ischemica (CI), rappresenta la maggiore tra le cause di morte in tutti i paesi occidentali. Nel 2000 la CI è stata responsabile di circa il 20% dei decessi nel mondo (circa 14 milioni di persone) e di più del 50% nei paesi industrializzati; il report dell'Organizzazione Mondiale della Sanità relativo al 2005 mette inoltre in guardia sul fatto che la CI sia divenuta, negli ultimi anni, la prima causa di morte anche in paesi in via di sviluppo come Argentina, Cile, Cuba, Corea, Srilanka ed Uruguay.

Durante gli ultimi 20 anni diversi studi si sono occupati delle differenze di genere per quel che riguarda le manifestazioni cliniche e la prognosi della malattia coronarica. I risultati di questi studi hanno dimostrato alcune importanti diversità correlate al sesso. Affrontando questo problema occorre chiarire le differenze tra la definizione di "sesso" e "genere". Con il concetto di Genere ci si riferisce ad una complessa interrelazione e integrazione tra il sesso - inteso come differenza biologica e funzionale dell'organismo - e il comportamento psicologico e culturale dell'individuo che deriva dalla formazione etnica, educativa, sociale e religiosa. La salute umana è strettamente correlata alle due fondamentali costituenti del genere. Mentre sono stati ampiamente studiati gli effetti che sesso, invecchiamento e comportamento culturale hanno sulla salute dell'uomo e della donna, manca, a tutt'oggi, un'analoga attenzione sull'impatto che le differenze di genere hanno sulla fisiopatologia e, quindi, sul trattamento delle più comuni malattie sociali - tra cui, ad esempio, malattie cardiovascolari, osteoporosi, diabete, malattie respiratorie, disordini neurodegenerativi, disturbi d'ansia e dell'umore, malattie reumatiche e delle articolazioni, e alcuni tumori. Tornando alle differenze, l'aspetto preoccupante che deve, a nostro parere, indurre a meditazione la classe cardiologica, è il crescente numero di segnalazioni in letteratura riguardanti la generale sottostima per quel che riguarda la diagnosi di CI nella donna, la diagnosi in stadio troppo avanzato di malattia o ancora di trattamento meno aggressivo rispetto a quello riservato al paziente uomo.

Preoccupante appare ancora un'apparente prognosi più severa nelle pazienti di sesso femminile rispetto ai maschi di pari età, ciò indicando chiaramente come differenze sesso-specifiche inciderebbero sostanzialmente sia sulla diagnosi che sul trattamento della CI influenzando, in ultima analisi, la prognosi. Complessivamente la CI uccide, secondo i dati più recenti, più di 500.000 donne americane all'anno, pari al 41.3% delle morti complessive del sesso femminile, più di tutti i tipi di cancro messi assieme. In Italia, le donne che ogni anno muoiono per malattie cardiovascolari sono circa 120.000 e, nonostante questa evidenza, si tende a considerare ancora tale condizione specifica del sesso maschile. Per molti anni, infatti, lo studio della malattia coronarica e dei suoi fattori di rischio ha interessato prevalentemente gli uomini, data la maggiore frequenza della malattia in età media, la comparsa in età più giovane rispetto alla donna e l'elevata letalità. Fino alla menopausa, la frequenza della malattia ed i livelli dei fattori di rischio sono più bassi rispetto agli uomini; con l'avanzare dell'età le differenze si riducono ed i valori risultano simili o diventano più elevati rispetto a quelli riscontrati negli uomini. Va inoltre sottolineato che anche queste considerazioni vanno prese con riserva, perché il cambiamento dello stile di vita della donna la sta rendendo più vulnerabile, abbassano la data di esordio della malattia. La sostanziale sottostima del problema ha suggerito l'osservazione paradossale che "forse il più importante fattore di rischio di cardiopatia ischemica nelle donne è la percezione sbagliata che la cardiopatia ischemica non sia una malattia delle donne". Va tenuto conto, poi, dei notevoli cambiamenti socio-demografici avvenuti negli ultimi venti anni che hanno profondamente modificato la struttura della popolazione occidentale e di quella italiana in particolare: la riduzione della natalità, la diminuzione della mortalità totale, l'aumento dell'attesa di vita alla nascita e nelle altre età, l'aumento della proporzione di donne nella popolazione generale ed in particolare nell'età anziana..

2. Alcuni dati epidemiologici

Gli ultimi dati epidemiologici sulle malattie cardiovascolari in Italia risalgono al 2000 e sono stati raccolti dall'ISTAT e dall'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. Le malattie cardiovascolari rappresentano ancora la principale causa di morte nel nostro paese, essendo, come già si è accennato, responsabili del 44% di tutti i decessi. In particolare la CI è la prima causa di morte in Italia, rendendo conto del 28% di tutte le morti, mentre gli accidenti cerebrovascolari sono al terzo posto con il 13%, dopo

i tumori. Chi sopravvive ad un attacco cardiaco diventa un malato cronico. La malattia modifica la qualità della vita e comporta notevoli costi economici per la società. In Italia la prevalenza di cittadini affetti da invalidità cardiovascolare è pari al 4,4 per mille (dati Istat). Il 23,5% della spesa farmaceutica italiana (pari all'1,34 del prodotto interno lordo), è destinata a farmaci per il sistema cardiovascolare (Relazione sullo stato sanitario del Paese, 2000). Abitudini e comportamenti diversi possono portare a differenze importanti nella distribuzione dei fattori di rischio.

Pressione arteriosa

Il 33% degli uomini e il 31% delle donne sono ipertesi (pressione arteriosa uguale o superiore a 160/95 mmHg), oppure sotto trattamento farmacologico specifico. Il 19% degli uomini e il 14% delle donne sono in una situazione limite, in cui il valore della pressione sistolica è compreso fra 140 e 159 mmHg e quello della diastolica è compreso fra 90 e 95 mmHg. Per quanto riguarda la percentuale di persone ipertese, il 50% degli uomini e il 34% delle donne non vengono trattati farmacologicamente per tenere sotto controllo la pressione arteriosa.

Colesterolemia

Il 21% degli uomini e il 25% delle donne hanno colesterolemia totale uguale o superiore a 240 mg/dl oppure sono sotto trattamento farmacologico specifico. Il 36% degli uomini e il 33% delle donne sono in una condizione di rischio (colesterolemia compresa fra 200 e 239 mg/dl). Per quanto riguarda la percentuale di persone ipercolesterolemiche, l'81% degli uomini e l'84% delle donne non vengono trattati farmacologicamente per tenere sotto controllo il colesterolo

Sedentarietà

Il 34% degli uomini e il 46% delle donne non svolgono alcuna attività fisica durante il tempo libero.

Fumo

Il 30 % degli uomini fuma in media 17 sigarette al giorno, contro il 21% delle donne che ne fuma 13 (percentuale in continuo, preoccupante aumento).

Obesità

Il 18% degli uomini e il 22% delle donne sono obesi.

Glicemia

Il 9% degli uomini e il 6% delle donne sono diabetici con glicemia superiore a 126 mg/dl. Il 9% degli uomini e il 5% delle donne sono in una condizione di rischio, in cui il valore della glicemia è compreso fra 110 e 125mg/dl. Per quanto riguarda la percentuale di persone diabetiche, il 62% degli uomini e il 56% delle donne non vengono trattati farmacologicamente contro il diabete.

3. Linee guida esistenti sulla prevenzione al femminile

Febbraio 2004 è stato eletto mese del cuore ed è sorprendente che *Circulation*, la più prestigiosa rivista di Cardiologia del mondo, in occasione della pubblicazione della nuove linee guida sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella donna, abbia dedicato due numeri consecutivi ad articoli riguardanti i diversi aspetti della patologia cardiaca nella donna. Questi due numeri di *Circulation* sono stati anticipati, nel mese di Gennaio, dalla pubblicazione in copertina, sulle più popolari testate non scientifiche americane (*Goodhousekeeping*, *Vanityfair* ecc), di articoli sullo stesso argomento. Tutte le Cardiologhe americane, inoltre, il 6 Febbraio, giorno dedicato al cuore della donna, si sono vestite in rosso in tutti gli USA e in Canada. Lori Mosca, *chair* del gruppo di studio che ha redatto le nuove linee guida, commentandole ha messo in risalto che il concetto di malattia cardiovascolare come condizione “*have or have not*” è stato sostituito dall'idea che la malattia cardiovascolare si sviluppa “*over time and every woman is somewhere on the continuum.*” (nel tempo ed ogni donna si trova in una certa fase di tale continuità). Sull'onda americana si è mosso da due anni anche il Vecchio Continente e specificatamente il nostro paese. Questa Commissione voluta dal Ministro della Salute Onorevole Livia Turco e dalla Dottoressa Maura Cossutta, ne è un esempio tangibile. Sempre nel 2007 è stato pubblicato

l'aggiornamento delle linee guida sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella donna, di cui si riportano i punti principali:

- l'aggressività del trattamento deve essere commisurata al rischio di avere un infarto nei prossimi 10 anni; per valutare tale rischio esiste un metodo standard messo a punto dal Framingham heart study, un metodo molto specifico in base al quale le donne vengono divise in 3 gruppi: a basso rischio se hanno meno del 10% di probabilità di avere un infarto nei prossimi 10 anni; a rischio intermedio se la probabilità è del 10-20%; a rischio elevato se la probabilità è notevolmente più alta del 20%;
- il farmaco per eccellenza nella prevenzione cardiovascolare è l'aspirina che è consigliata a tutte le donne ad alto rischio e a quelle di età superiore ai 65 anni, con pressione arteriosa sotto controllo, se i benefici legati alla prevenzione dell'infarto miocardico e dell'ictus ischemico superano gli effetti collaterali a carico del sistema gastrointestinale o le emorragie;
- gli ace inibitori e i beta-bloccanti sono raccomandati per tutte le donne ad alto rischio;
- miglioramenti dello stile di vita, cioè smettere di fumare, fare un'attività fisica regolare, avere una dieta sana e il peso sotto controllo sono importanti per tutte le donne, non soltanto per ridurre un potenziale rischio cardiovascolare già esistente, ma anche perché uno stile di vita sano può impedire ai fattori di rischio più importanti di svilupparsi.

Le misure preventive, sia in termini di stile di vita che mediche, sono state divise per categoria sulla base di ogni livello del rischio. Categoria I: quando è vivamente consigliato di intervenire. La Categoria II è a sua volta suddivisa in due sottocategorie (Categoria IIa Categoria IIb). La Categoria III è quella per la quale un intervento può rivelarsi inutile o dannoso e, quindi, non raccomandato. Appartengono a questa categoria la Terapia Ormonale Sostitutiva (TOS), i supplementi vitaminici antiossidanti a base di vitamina C, E, e beta-carotene, l'acido folico e, infine, l'uso di routine dell'aspirina nelle donne sane sotto i 65 anni. Il messaggio importante lanciato in occasione della presentazione delle linee guida è che le malattie cardiovascolari possono essere evitate sia nelle donne che negli uomini. Ciò fa riflettere sull'importanza del rapporto tra i cittadini e la sanità al fine di intraprendere le più efficaci azioni di informazione ai fini della prevenzione e della cura.

4. Azioni da intraprendere

Elaborare un report che riguardi la “salute delle donne” e definire delle linee guida attraverso delle azioni specifiche:

- Creazione di programmi educativi a livello della comunità e durante la formazione universitaria.
- Creazione di database comuni per la ricerca e lo studio “gender-related”.
- Creazione di reti collaborative in ambito nazionale e internazionale.
- Credibilità e coinvolgimento in ambito socio-politico.

5. Proposta operativa

Sul piano della programmazione sanitaria il problema è crescente: l'aspettativa di vita media è maggiore nel genere femminile, il rapporto costi/benefici degli atti medici è inferiore a quello del genere maschile, la dispersione di risorse nel tentativo di adattare alla donna “quello che è efficace nell'uomo” (sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico) non è proporzionato ai risultati. Nonostante questo, l'approccio diagnostico è il medesimo, gli standard dei test di laboratorio e i limiti di normalità non sempre sono distinti per genere, i valori di riferimento usati per definire i fattori di rischio sono, comunque, quelli standardizzati prevalentemente nella popolazione maschile.

Chi ha mai dimostrato che i normali livelli di colesterolemia nella donna debbano essere gli stessi di quelli dell'uomo?

Chi ha mai dimostrato quali sono i valori di pressione consentiti all'albero arterioso femminile prima di diventare un insulto cronico per le sue arterie?

Quale studio ricampionerebbe migliaia di donne accertate sane nelle diverse fasce di età e ristandardizzerebbe i valori biochimici di riferimento per i fattori di rischio metabolici?

Quale studio analizzerebbe i dati morfologici e funzionali ventricolari sinistri in riferimento ai valori pressori osservati in migliaia di donne sane stratificate per età, per definire a quali valori minimi e massimi l'albero arterioso da un lato e il miocardio dall'altro cominciano a discostarsi dalla vera normalità?

Allungare la vita media, migliorare la qualità della vita e ottimizzare la gestione delle risorse mediche su riscontri di benefici misurabili e consistenti sono obiettivi comuni ai due generi.

Per il genere maschile ogni piccolo guadagno nelle conoscenze è consolidato. Per il genere femminile, le incognite sono dominanti, spesso trascurate e non rispettate nella loro valenza di *markers* di allerta.

Un progetto strategico del Ministero della Salute, che si proponesse di rispondere, almeno in parte, a questi quesiti porterebbe, a nostro parere, l'Italia al centro dell'attenzione internazionale nel campo della Medicina di Genere.

I Tumori: prevenzione, diagnosi, terapia

A cura di

Paola Muti con la collaborazione di **Grazia Grazzini**, .Osservatorio Nazionale screening, CSPO Istituto Scientifico
Prevenzione Oncologica e di **Anna Segatti**.

Gruppo di lavoro

“I tumori: prevenzione, diagnosi, terapia”

Coordinatori: Eva Buiatti, Paola Muti

1. I tumori nella popolazione femminile in Italia

Si stima che in Italia nel 2005 siano occorsi oltre 250.000 nuovi casi di tumore di cui 117.000 nelle donne, che corrispondono ad un tasso standardizzato di 266 casi ogni 100.000 donne. In media una donna ogni quattro ha la probabilità di avere una diagnosi di tumore nel corso della vita (0-74 anni). (1). Per quanto riguarda la frequenza delle diverse forme tumorali (tabella 1), mentre tra gli uomini è in notevole aumento l'incidenza del tumore prostatico (in parte come conseguenza della diffusione del test del PSA), tra le donne si registra l'incremento dell'incidenza dei tumori del polmone (+23%) e della mammella (+29%), anche come conseguenza dell'anticipazione diagnostica legata all'avvio dei programmi di screening per il tumore della mammella (1, 2). Per altre sedi tumorali, l'incremento dell'incidenza è correlabile sia a cambiamenti negli stili di vita e condizioni ambientali, ma anche all'incremento dell'attività di diagnosi precoce e all'aumentata aggressività diagnostica (melanoma, tiroide) e allo sviluppo tecnologico che ha reso facilmente ispezionabili sedi anatomiche precedentemente poco accessibili (rene). Alcune patologie, come il tumore dello stomaco e i linfomi di Hodgkin's si stanno riducendo in entrambi i sessi e si segnala la riduzione dei tumori delle vie biliari nelle donne (1, 2, 3).

Per quanto riguarda invece la mortalità (tabella 2), nel periodo 1970-2002 i decessi per tumore sono diminuiti a partire dagli anni '90, dopo il continuo aumento nella seconda metà del secolo scorso. Infatti, il tasso standardizzato di mortalità per 100.000 persone per le donne è passato da 140 decessi nel 1990 a 130 nel 2000. Nel 2002, su 556.000 decessi totali, 156.000 sono stati causati da un tumore, di cui 66.000 tra le donne. Al primo posto resta il tumore della mammella (17,1%), seguito da quello del polmone (9,5%) e dai tumori del colon (9,1%) e dello stomaco (7,9%).

Per quanto riguarda la distribuzione geografica, le stime del rischio di ammalarsi di tumore hanno da sempre rilevato livelli più elevati in entrambi i sessi nelle regioni del Nord Italia, fenomeno in parte dovuto, ma solo marginalmente, all'età media più avanzata delle popolazioni settentrionali. Negli anni più recenti tali differenze tra le varie regioni italiane sembrano tendere progressivamente a diminuire. Infatti, l'incidenza, è stimata essere in aumento nelle donne, ma la crescita è più accentuata al Sud e si stima addirittura che alcune regioni del Sud nei prossimi anni raggiungeranno livelli di incidenza paragonabili a quelli delle regioni del centro-nord, con importanti modificazioni dell'epidemiologia geografica del rischio dei tumori in Italia.

Di seguito, alcuni dati specifici per le sedi tumorali più frequenti, ricavabili dalla banca dati AIRTUM (4).

Tumore della mammella

Il tumore della mammella è il tumore di gran lunga più frequente nel sesso femminile. Nel periodo 1998-2002 ha rappresentato il 24,9% del totale delle diagnosi tumorali ed è il primo tumore anche in termini di mortalità (17,1% del totale dei decessi neoplastici). Nell'area monitorata dai Registri Tumori italiani (AIRT) sono stati diagnosticati in media ogni anno 152,0 casi di tumore della mammella ogni 100.000 donne. Le stime per l'Italia indicano un totale di 36.634 nuovi casi diagnosticati nel nostro paese.

L'incidenza sembra più bassa nelle aree del Sud Italia ed in parte questa differenza può essere legata a una diversa diffusione dei programmi di screening mammografico. L'incidenza del tumore della mammella è in crescita nel corso del tempo, mentre la mortalità è in riduzione. Il rischio di avere una diagnosi di tumore della mammella femminile nel corso della vita (fra 0 e 74 anni) è di 90,2‰ (1 caso ogni 11 donne). Nel 2002 si sono verificati 11.251 decessi per tumore della mammella femminile, e il rischio di morire è di 19,8‰ (1 decesso ogni 50 donne). Da notare che la sopravvivenza per questo tumore varia da regione a regione ed è migliore nelle aree che hanno attivato programmi di screening di popolazione (5)

Tumori della cute non melanomatosi

Nel periodo 1998-2002, i tumori non melanomatosi della cute (75% carcinomi basocellulari - 15-20% carcinomi spinocellulari) sono risultati al 2° posto dopo il tumore della mammella nelle donne,

rappresentando il 14,8% del totale. Nell'area AIRT sono stati diagnosticati in media ogni anno 90,7 casi ogni 100.000 donne. L'incidenza è in grande crescita in questi ultimi anni ma ciò è in parte dovuto al miglioramento della raccolta dei dati da parte dei Registri Tumori.

Esiste una notevole variabilità geografica nell'incidenza dei tumori cutanei non melanomatosi che in parte può essere dovuta alla diversa completezza nella raccolta di dati. Nel 2002 sono stati invece solo 270 i decessi per tumori cutanei non melanomatosi nelle donne. Infatti, il rischio di avere una diagnosi di tumore cutaneo non melanomatosi nel corso della vita (fra 0 e 74 anni) è di 40,8‰ (1 caso ogni 24 donne), mentre il rischio di morire per questi tumori è estremamente basso, dato che la forma più frequente, il carcinoma basocellulare, ha andamento benigno.

Tumore del colon-retto

Nel periodo 1998-2002 il tumore del colon-retto è stato il 3° tumore per frequenza nelle donne (11,5% del totale) e la seconda come causa di morte tumorale (12,4%). Nell'area AIRT sono stati diagnosticati in media ogni anno 70,3 casi ogni 100.000 donne. Le stime per l'Italia indicano un totale di 17.276 fra le femmine, mentre per quanto riguarda la mortalità nel 2002 si sono verificati 9.529 decessi. Il rischio di avere una diagnosi di tumore del colon-retto nel corso della vita (fra 0 e 74 anni) è di 31,3‰ (1 caso ogni 32 donne), mentre il rischio di morire è di 10,0‰ fra le femmine. Esiste una certa variabilità geografica nell'incidenza del tumore del colon-retto, con tassi più bassi nell'Italia meridionale e insulare, in entrambi i sessi. Per quanto riguarda gli andamenti nel tempo, il tumore del colon-retto mostra una tendenza all'aumento dell'incidenza con mortalità in riduzione.

Tumore del polmone

Nel periodo 1998-2002 il tumore del polmone (inclusi trachea e bronchi) era al 4° posto per il sesso femminile (4,6% di tutti i tumori) ed al 2° fra le cause di morte tumorali. Nell'area AIRT sono stati diagnosticati in media ogni anno 27,9 ogni 100.000 donne, contro i 111,5 casi/100.000 nei maschi. Le stime per l'Italia indicano 6.784 nuovi casi incidenti ogni anno fra le femmine, mentre per quanto riguarda la mortalità, nel 2002 si sono verificati tra le donne 6.495 decessi.

Il rischio di avere una diagnosi di tumore polmonare nel corso della vita (fra 0 e 74 anni) è di 14,1‰ (1 caso ogni 71 donne), mentre il rischio di morire è di 10,4‰. Esiste una certa variabilità geografica nell'incidenza del tumore del polmone nel nostro paese, con tassi più elevati nelle aree settentrionali e i più bassi nel Meridione. Nel corso del tempo il tumore del polmone ha mostrato una crescita costante nelle donne, mentre si sta riducendo nel sesso maschile, fenomeni questi sostanzialmente dovuti al modificarsi dell'abitudine al fumo di sigaretta, in senso opposto nei due sessi.

Tumore dello stomaco

Nel periodo 1998-2002 il tumore dello stomaco è il 5° per frequenza nelle donne, per il quale ha rappresentato il 4,5% di tutti i tumori, essendo al 5° posto anche tra le cause di morte tumorale (7,9%). Nell'area AIRT sono stati diagnosticati in media ogni anno 27,7 ogni 100.000 donne. Le stime per l'Italia per le donne indicano un totale di 6.604 casi, mentre per quanto riguarda la mortalità nel 2002 si sono verificati 4.659 decessi. Il rischio di avere una diagnosi di tumore dello stomaco nel corso della vita (fra 0 e 74 anni) è di 9,9‰ (1 caso ogni 101 donne), mentre il rischio di morire è di 5,4‰.

Si rileva una notevole variabilità geografica nell'incidenza del tumore dello stomaco nel nostro paese, con i tassi più alti nel Centro Italia e più bassi nel Meridione. Per quanto riguarda gli andamenti nel tempo, per il tumore dello stomaco è in corso una notevole e continua riduzione nei due sessi sia dell'incidenza sia della mortalità, in gran parte dovuta probabilmente al cambiamento degli stili di vita (migliore conservazione degli alimenti, aumento del consumo di frutta e verdure fresche).

Tumore dell'endometrio

Nel periodo 1998-2002 il tumore del corpo dell'utero è risultato al 6° posto fra i tumori più frequentemente diagnosticati nel sesso femminile (3,9% del totale delle diagnosi tumorali) e lo 0,8% dei decessi neoplastici, dato sottostimato in quanto una parte dei decessi per tumori del corpo uterino vengono definiti in realtà "utero non specificato" (2,6% di tutti i decessi oncologici). Nell'area AIRT sono stati diagnosticati in media ogni anno 23,6 casi di tumore del corpo dell'utero ogni 100.000 donne. Le stime per l'Italia indicano un totale di 7.756 nuovi casi diagnosticati ogni anno, mentre per quanto riguarda la mortalità nel 2002 si sono verificati 567 decessi per tumore del corpo dell'utero e 1.756 decessi per tumore dell'utero non altrimenti specificato. Il rischio di avere una diagnosi di tumore del corpo dell'utero nel corso della vita (fra 0 e 74 anni) è di 14,8‰ (1 caso ogni 68 donne), mentre il rischio di morire è di 0,8‰, mentre il rischio di morire per tumore dell'utero non altrimenti specificato è di 2,7‰. L'incidenza del tumore del corpo dell'utero è in aumento, così come la mortalità, fenomeno da correlare sia ad un aumento della capacità diagnostica sia ai possibili rischi connessi con terapie ormonali sostitutive.

Tumore dell'ovaio

Nel periodo 1998-2002 il tumore dell'ovaio era il 9° tumore per frequenza, rappresentando il 2,9% del totale delle diagnosi tumorali nelle donne, Nello stesso arco temporale ha costituito l'ottava causa tumorale (4,5% dei decessi neoplastici). Nell'area AIRT sono stati diagnosticati in media ogni anno 17,9 casi di tumore dell'ovaio ogni 100.000 donne. Le stime per l'Italia indicano un totale di 4.797 nuovi casi diagnosticati ogni anno nel nostro paese, mentre per quanto riguarda la mortalità nel 2002 si sono verificati 2.861 decessi per tumore dell'ovaio. Il rischio di avere una diagnosi di tumore dell'ovaio nel corso della vita (fra 0 e 74 anni) è di 10,4‰ (1 caso ogni 97 donne), mentre il rischio di morire è di 5,4‰.

Tumore della cervice uterina

Nel periodo 1998-2002 il tumore della cervice uterina ha rappresentato l'1,6% di tutti i tumori diagnosticati tra le donne, mentre in termini di mortalità ha rappresentato lo 0,6% dei decessi neoplastici. Come già ricordato, una quota dei decessi sono definiti «utero non specificato» (2,6% di tutti i decessi oncologici) e una parte di questi possono essere tumori della cervice uterina. Nell'area AIRT sono stati diagnosticati in media ogni anno 9,8 casi di tumore della cervice uterina ogni 100.000 donne. Le stime per l'Italia indicano un totale di 3.418 nuovi casi diagnosticati ogni anno, mentre per quanto riguarda la mortalità nel 2002 si sono verificati 370 decessi per tumore della cervice uterina oltre a 1.756 decessi per tumore dell'utero non altrimenti specificato. Il rischio di avere una diagnosi di tumore della cervice uterina nel corso della vita (fra 0 e 74 anni) è di 6,2‰ (1 caso ogni 163 donne), mentre il rischio di morire è di 0,8‰. I tassi di incidenza sono abbastanza omogenei tra le varie aree italiane. L'incidenza e la mortalità mostrano una tendenza alla riduzione nel corso del tempo. La riduzione dell'incidenza è a carico sostanzialmente delle forme squamocellulari, in relazione all'aumentata offerta di programmi di screening e attività di diagnosi precoce più efficace per questo istotipo, mentre sono in aumento gli adenocarcinomi.

Conclusioni

I dati epidemiologici concernenti l'andamento delle malattie tumorali nelle donne indicano come prioritari alcuni interventi di sanità pubblica indirizzati da un lato alla prevenzione del fumo di tabacco ed alla educazione verso migliori stili di vita (dieta e attività fisica), dall'altro all'estensione dei programmi di screening organizzato per il carcinoma della mammella e quello coloretale. Vale la pena sottolineare in particolare come per alcune sedi tumorali si osservi una dicotomia degli andamenti di mortalità (in diminuzione) e dell'incidenza (in aumento), come nel tumore della mammella e nel melanoma, per le

quali programmi organizzati di screening o semplicemente la maggiore attenzione diagnostica sembrano presumibilmente essere in grado di aver un impatto sulla mortalità. (1, 2, 3).

Bibliografia

1. I dati di incidenza e mortalità dell'Associazione italiana registri tumori (AIRT), 1998-2002. In "I tumori in Italia - Rapporto 2006". Epidemiologia e Prevenzione 2006 anno 30 gennaio-febbraio 2006 supplemento 2
2. Crocetti E, Capocaccia R, Casella C, Ferretti S, Guzzinati S, Rosso S, pacchettini C, Spitale A, Stracci F, Tumino R. Gli andamenti temporali della patologia oncologica in Italia: i dati dei registri tumori (1986-1997). Epidemiologia e Prevenzione vol. 28 n.2, supplemento marzo-aprile 2004
3. Baili P, De Angelis R, Casella C, Grande E, Inghelmann R, Francisci S, Verdecchia A, Capocaccia R, Meneghini E, and Micheli A. Italian cancer burden by broad geographical area. Tumori, 93: 398-407, 2007
4. Banca dati AIRTUM accessibile all'indirizzo URL <http://www.registri-tumori.it/cms/?q=Media> in data 1 marzo 2008
5. I dati di incidenza e mortalità dell'Associazione italiana registri tumori (AIRT), 1998-2002. In "I tumori in Italia - Rapporto 2006". Epidemiologia e Prevenzione 2006 anno 30 gennaio-febbraio 2006 supplemento 2
6. Crocetti E, Capocaccia R, Casella C, Ferretti S, Guzzinati S, Rosso S, pacchettini C, Spitale A, Stracci F, Tumino R. Gli andamenti temporali della patologia oncologica in Italia: i dati dei registri tumori (1986-1997). Epidemiologia e Prevenzione vol. 28 n.2, supplemento marzo-aprile 2004
7. Baili P, De Angelis R, Casella C, Grande E, Inghelmann R, Francisci S, Verdecchia A, Capocaccia R, Meneghini E, and Micheli A. Italian cancer burden by broad geographical area. Tumori, 93: 398-407, 2007
8. Banca dati AIRTUM accessibile all'indirizzo URL <http://www.registri-tumori.it/cms/?q=Media> in data 1 marzo 2008

Tabella 1 . AIRT Primi cinque tumori in termini di frequenza e percentuale rispetto al totale dei tumori, fra quelli diagnosticati nel periodo 1988-1992 e 1998-2002, per maschi e femmine.
(modificata da "I tumori in Italia Rapporto 2006" Epidemiologia e Prevenzione 2006 anno 30 gennaio-febbraio 2006 supplemento 2)

| | Uomini | | Donne | |
|-----------|--------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| | 1988-1992 | 1998-2002 | 1988-1992 | 1998-2002 |
| | N. 104.387* | N. 178262* | N. 89.101* | N. 149.235* |
| 1° | Polmone (19,2%) | Cute (15,2%) | Mammella (24,8%) | Mammella (24,9%) |
| 2° | Cute (11,5%) | Prostata (14,4%) | Cute (10,4%) | Cute (14,8%) |
| 3° | Vescica (9,5%) | Polmone (14,2%) | Colon (8,5%) | Colon (8,2%) |
| 4° | Prostata (8,4%) | Vescica (9,0%) | Stomaco (6,5%) | Polmone (4,6%) |
| 5° | Stomaco (7,3%) | Colon (7,7%) | Polmone (4,7%) | Stomaco (4,5%) |

* Numero totale di casi

Tabella 2 . AIRT 1998-2002 Prime cinque tumori causa di morte e percentuale sul totale dei decessi neoplastici per sesso
(modificata da "I tumori in Italia Rapporto 2006" Epidemiologia e Prevenzione 2006 anno 30 gennaio-febbraio 2006 supplemento 2)

| | Uomini | Donne |
|-----------|--------------------|------------------------------------|
| 1° | Polmone (28,3%) | Mammella (17,1%) |
| 2° | Prostata (8,1%) | Polmone (9,5%) |
| 3° | Stomaco (8,0%) | Mal definite e metastasi (9,4%) |
| 4° | Colon (7,3%) | Colon (9,1%) |
| 5° | Fegato (6,4%) | Stomaco (7,9%) |

2. Fattori di rischio

Numerosi fattori ambientali sono riconosciuti fattori di rischio per tumore. Questi includono anche alcune componenti legate alla nutrizione, anche se e' ancora molto difficile stimare la proporzione di tumori direttamente attribuibile ad essi. Le cause piu' conosciute nel campo dei tumori sono il fumo, agenti infettivi, radiazioni, sostanze chimiche.

Oltre al fumo di sigaretta, uno dei fattori di rischio di tumore, debole ma costantemente osservato in diverse popolazioni e' rappresentato dall' assunzione di alcohol. Esiste, infatti, evidenza prodotta da studi osservazionali che bevande alcoliche di diverso tipo possono essere considerate come causa di diversi tumori, in particolare della bocca, della faringe, della laringe, dell'esofago, e dei tumori al seno. L'evidenza e' piu' debole che, nelle donne, l'alcohol possa rappresentare anche una cause di tumore al colon retto.

Sempre nell'ambito della dieta, l'evidenza che la carne rossa e le carni lavorate per la loro conservazione a lungo termine siano da considerarsi cause di tumore al colon-retto e' convincente. L'evidenza e' molto piu' limitata per l'associazione tra consumo di carne rossa tumori dell'esofago, del polmone del pancreas e dell'endometrio (utero). La carne rossa e' anche un indicatore di consumo di grassi saturi. L'evidenza di associazione tra consumo di grassi saturi e tumori e' ancora limitata per i tumori al polmone e al seno nelle donne in postmenopausa e per i tumori al colon-retto.

Tra i fattori endogeni, cioe' legati direttamente al metabolismo del nostro organismo, elevati livelli sierici di ormoni sessuali quali estrogeni ed androgeni sono adesso interpretati come fattori di rischio per i tumori al seno, all'endometrio e forse anche all'ovaio.

Gli steroidi esogeni assunti per i disturbi della menopausa (estrogeni in combinazione con i progestinici di sintesi) aumentano il rischio di tumore al seno e sembrano ridurre il rischio di tumore al colon.

La pillola contraccettiva sembra ridurre della meta' il rischio di tumore all'ovaio se assunta per una durata di 5 o piu'anni, c'e' anche debole evidenza che essa riduca il rischio di tumore al colon, mentre sembra che incrementi il rischio di tumore al seno ma solo per assunzioni lungamente estese nel tempo.

L'aumento dell'indice di massa corporea e' associato con l'aumento di rischio per molti tumori. Nella donna, in particolare, esso e' associato con tumori all' endometrio, alla cistifelia, all'esofago, al rene, alla leucemia, alla tiroide, al seno (in donne in menopausa), al pancreas e al colon. Il meccanismo attraverso cui l'eccesso di peso si associa al rischio di diversi tumori non e' completamente chiaro, anche se sembra possibile che il rischio sia mediato da fattori ormonali quali insulina/ insulin-like-growth factor, gli steroidi sessuali e le adipochine.

Agenti infettivi

Agenti infettivi, quali virus, batteri, parassiti, possono indurre danno al DNA e promuovere sviluppo di tumori. Alcuni agenti infettivi, inclusi virus dell'epatite, l'*Helicobacter pylori* e parassiti, promuovono la carcinogenesi attraverso il mantenimento dello stato di infiammazione cronica.

Nella donna, alcuni tipi dell'human papilloma virus sono responsabili dello sviluppo dei tumori della cervice uterina. E' possibile che lo siano anche di altri tumori umani.

Radiazioni

Sia le radiazioni ionizzanti e sia le UV sono in grado di provocare danni al DNA e quindi di agire come potenziali carcinogeni. L'esposizione alle radiazioni include radiazioni usate nelle radiografie diagnostiche e per le radioterapia oncologica.

L'esposizioni alle radiazioni aumenta il rischio di tumori alla mammella, alla tiroide e alle leucemie.

Sostanze Chimiche

Certe sostanze prodotte industrialmente e pesticidi persistono nell'ambiente e si concentrano lentamente attraverso la catena alimentare.

I bifenili policlorinati sono composti organici usati per varie utilizzazioni industriali (vernici, colle, ect) non si degradano facilmente. Sono piu' solubili nei grassi che nell'acqua e quindi tendono ad accumularsi, ad esempio, nei pesci carnivori come il salmone. Attraverso questi pesci possono venir assorbiti dall'uomo ed accumularsi in nel tessuto adiposo. C'e' evidenza, benché' assai debole, che questi composti possano avere un ruolo nello sviluppo dei tumori al seno.

La Familiarita'

Sono state identificate alcune caratteristiche genetiche ereditarie che espongono le donne a un elevato rischio di sviluppare, nel corso della vita, un tumore alla mammella. Si consiglia pertanto alle donne con storia familiare di carcinoma mammario di sottoporsi a specifici esami del sangue per verificare se abbiano o meno ereditato una modificazione dei geni BRCA1 o BRCA2, potenzialmente pericolosi. Prima e dopo gli esami sarebbe opportuno parlare con una persona esperta che possa aiutare a comprendere i potenziali benefici e rischi dei risultati di un test genetico. Un potenziale beneficio derivante dal test consiste nell'opportunità di prendere decisioni consapevoli sul proprio comportamento, sia dal punto di vista medico che personale.

3. L'accesso alla diagnosi precoce ed ai programmi di screening oncologici nella popolazione femminile italiana

In questi ultimi anni in Italia stiamo assistendo ad una crescente diffusione dei programmi di screening oncologici grazie allo sforzo compiuto sinergicamente dal Ministero della Salute e il Centro Controllo Malattie (CCM), le Regioni e l'Osservatorio Nazionale Screening. Infatti la prevenzione oncologica è una delle priorità del "Piano Nazionale della Prevenzione", mentre finanziamenti a favore dell'attuazione degli screening oncologici sono stati erogati con la **Legge 138 del 2004-art. 2 bis**.

Nel novembre 2006 il Ministero della Salute ha emanato le "*Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto*" che individuano come programmi di screening da attuare sul territorio nazionale [1]:

- La diagnosi precoce del cervico-carcinoma mediante Pap-test, per le donne comprese fra i 25 e i 64 anni
- La diagnosi precoce del tumore mammario mediante screening mammografico, per le donne fra i 50 e i 69 anni
- La diagnosi precoce del tumore del colon-retto mediante ricerca del sangue occulto fecale per gli uomini e le donne ogni due anni fra i 50 e i 69-70-74 o mediante sigmoidoscopia una volta nella vita o con intervallo non inferiore a 10 anni per le persone di 58-60 anni

La diffusione dei comportamenti di prevenzione oncologica nelle donne italiane

I risultati dell'indagine dell'ISTAT "Multiscopo sulle famiglie 2005" [2] sui comportamenti della popolazione italiana femminile concernenti la diagnosi precoce sono particolarmente utili per comprendere i cambiamenti avvenuti tra il 1999-2000 e il 2004-2005, periodo nel quale, per quanto riguarda in particolare il pap-test e la mammografia, alla pratica spontanea individuale si è affiancata una crescente offerta proveniente dai programmi di screening organizzati.

Mammografia

Per quanto riguarda la mammografia, le donne di 50-69 anni intervistate nel 2004-2005 che si sono sottoposte per prevenzione a tale esame almeno una volta nella vita sono 5 milioni 143 mila, pari al 71,0% della popolazione femminile della stessa fascia di età, mentre nel 1999-2000 erano solo il 58,1%. Tale diffusione, dovuta in parte ai programmi di screening, non è uniformemente distribuita sul territorio nazionale, essendo molto inferiore nelle regioni meridionali del paese (grafico 1).

E' interessante notare come i programmi organizzati di screening mammografico riescano a favorire la riduzione delle disuguaglianze sociali di accesso. Infatti l'incremento maggiore si è registrato fra le donne con basso livello di istruzione, passando dal 51,8% al 65,5% (+13,7%, un incremento maggiore di quello che si registra negli altri livelli di titolo di studio, dove si ha un aumento di 9 punti percentuali). Questo effetto "riequilibratore" è particolarmente forte nelle classi di età più anziane.

Per quanto riguarda la frequenza d'esecuzione dell'esame, circa il 48% delle donne tende a rispettare la periodicità biennale del test consigliata dalle linee guida, ma una quota non trascurabile di donne (30%) si è sottoposta al test con una frequenza annuale, mentre circa il 22% effettua i controlli mammografici con una cadenza superiore ai due anni

Lo Studio PASSI (Progetti delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) [3] fornisce informazioni aggiuntive sulle motivazioni ad eseguire l'esame mammografico delle donne del campione sottoposto ad intervista.

Emerge così che aver ricevuto la lettera di invito dell'ASL è stata la motivazione principale all'effettuazione della mammografia nel 44% dei casi, mentre il 29% delle intervistate ha riferito come motivazione principale l'iniziativa personale e il 26% il consiglio di un medico.

Dall'analisi dell'effetto dei singoli interventi associati tra loro o meno, risulta che la probabilità di aver effettuato una mammografia è maggiore nelle donne che hanno ricevuto la lettera di invito dello screening (63%) ed è ancora più alta se a questa si associa il consiglio del medico (75%). Secondo la stessa fonte, l'86% delle donne che hanno effettuato almeno una mammografia ha riferito di aver effettuato l'ultimo esame in una struttura pubblica, dato abbastanza simile a quello dell'indagine Multiscopo (91,7%).

Pap-test

La coesistenza dei programmi organizzati e dell'attività spontanea nel nostro Paese è soprattutto evidente nel caso del Pap-test. Nel 2006 in Italia i programmi di screening hanno invitato circa 2 milioni e 900 mila donne ad effettuare l'esame [4] e di queste circa 1 milione e 100 mila lo hanno effettuato. In realtà, è

stimabile che circa 3,5-5 milioni di donne abbiano effettuato l'esame al di fuori dei programmi organizzati come prevenzione individuale. Un tale numero di esami sarebbe quasi del tutto sufficiente a garantire la copertura della popolazione femminile se si considera che il programma è triennale e che la popolazione target totale è di circa 16 milioni e 400 mila donne.

Dai dati della Multiscopo [2], l'incremento all'effettuazione del Pap-test negli ultimi anni è più modesto di quello registrato per la mammografia (grafico 2). Seconda tale fonte, infatti, la percentuale di donne (di età 25-64 anni) che riferiscono di aver fatto almeno un Pap-test nella loro vita passa infatti dal 68,7% del 1999-2000 al 70,9% del 2004-2005 (+2,2%), sempre con un forte differenziale fra Nord-Centro e Sud (più dell'80% al Nord e circa il 50% nelle Regioni meridionali). Tra le donne che hanno effettuato il Pap-test, circa il 30% lo hanno eseguito in una struttura privata non convenzionata ed il restante 70% in una struttura pubblica o privata convenzionata.

Per quanto riguarda invece la frequenza di effettuazione dell'esame, dall'indagine Multiscopo emerge che solo il 13,7% ha rispettato la periodicità triennale prescritta dalle linee guida, mentre il 34,2% ha fatto ricorso al Pap-test ogni due anni e addirittura il 39,3% con una frequenza di una o più volte l'anno. Circa un 13% di donne ha invece eseguito il test con cadenza superiore ai tre anni e più raramente. Rispetto al periodo precedente 1999-2000, si assiste ad una diminuzione nella quota di donne che effettuano il test con una frequenza eccessiva e ad un aumento di chi rispetta la frequenza raccomandata dalle linee guida (dal 10,5% al 13,7%), effetto questo forse imputabile alla diffusione dei programmi organizzati sul territorio. Rimane comunque forte il dato di un sovrautilizzo di questo esame nella quota di donne che lo effettuano.

Secondo lo studio Passi 2005 [3], la motivazione principale per cui le donne del campione intervistato hanno effettuato il Pap-test è stato il fatto di essere state consigliate dal medico nel 31% dei casi, di aver ricevuto la lettera di invito della ASL o in base ad iniziativa personale rispettivamente nel 44% e nel 24% dei casi.

Diversamente da quanto rilevato dallo stesso studio per la mammografia, la probabilità di aver effettuato un Pap-test è maggiore nelle donne che hanno ricevuto il consiglio del medico (74%) ed è ancora più alta se se a questo si associa la lettera di invito dello screening (83%), come già notato per gli esami mammografici.

Test per il sangue occulto fecale e rettoscopia

Informazioni sull'abitudine individuale delle donne e degli uomini a sottoporsi ad indagini di diagnosi precoce per il tumore colo-rettale le possiamo ricavare ancora una volta dallo studio Passi [3], in base al quale solo il 14% della popolazione intervistata 50-69enne dichiara di aver effettuato un test di screening (sangue occulto o rettoscopia) a scopo preventivo. Tale dato testimonia la scarsa diffusione nella popolazione italiana di questo comportamento preventivo ma si possono rilevare forti oscillazioni regionali (range: 34% in Toscana e 4% in Sardegna), in rapporto alla presenza o meno di programmi di screening organizzato in quei territori.

Interessante è il rilievo di una maggiore frequenza di effettuazione dei test coloretali tra gli uomini rispetto alle donne (16,8% vs 11,7%), dato in controtendenza a quello rilevato nelle survey nazionali dei programmi di screening, in cui le donne aderiscono all'invito ad effettuare un test per il sangue occulto fecale in misura lievemente maggiore rispetto agli uomini (47% vs 43,5%) [5]. L'offerta organizzata di screening sembra qui agire come "un riequilibratore" di genere. E' infatti noto a chi si occupa di screening coloretale come spesso sia la moglie che aderendo per prima allo screening coinvolge il partner, meno avvezzo a tali comportamenti.

Programmi di screening

Screening Mammografico

Tra il 2003 e il 2006 l'estensione teorica dello screening mammografico (intesa come percentuale di donne che risiedono in aree dove è attivo un programma di screening) è salita, passando dal 56,2% al

78,2% [6], pur permanendo un forte squilibrio fra Nord e Centro da un lato e Sud e le Isole dall'altro (figura 1). Infatti mentre nelle prime due macro zone siamo vicini a una estensione tra il 90 e il 100%, al Sud e nelle Isole tale indicatore raggiunge solo il 46% (anche se era appena sopra il 10% nel 2003).

Se esaminiamo poi l'estensione effettiva (cioè la percentuale di donne effettivamente invitate sul totale della popolazione target) la percentuale scende a circa il 58% nel 2006 (superiore al 70% al Nord e Centro e intorno al 24% al Sud), ma era solo del 41% circa nel 2003.

Esaminando l'adesione all'invito (figura 2), si vede che solo il 57% circa delle donne effettivamente invitate effettuano la mammografia, con un forte differenziale tra il Nord, dove si rilevano con livelli di partecipazioni soddisfacenti pari al 64,6%, valore che invece scende a 57,9% nel Centro ed a 39% al Sud Italia [7].

Screening Cervicale Il 70% del territorio nazionale è coperto da programmi organizzati (figura 3). Il differenziale fra Centro Nord e Italia Meridionale e Insulare è in questo caso meno marcato. Infatti, nel 2006 si passa dal 65% circa del Nord al 93,5% del Centro ed al 65,6% del Sud, che ha visto un aumento di 15 punti percentuali rispetto all'anno precedente [4].

Questo gradiente in controtendenza è dovuto soprattutto al fatto che in alcune Regioni Settentrionali si è ritenuto di non dare indicazioni pressanti alla organizzazione di programmi organizzati essendo l'attività spontanea assai diffusa.

Per quanto riguarda la partecipazione, la media nazionale è pari al 38,5%, dato che la pratica assai diffusa di attività spontanea di diagnosi precoce agisce in concorrenza ai programmi organizzati (figura 4). Esiste anche nella partecipazione un ben chiaro gradiente Nord Sud (45,6 % del Nord vs 35,7% del Centro e 28,7 % del Sud e Isole nell'anno 2006).

Screening Colo-rettale

Alla fine del 2006 risulta coperto dallo screening coloretale (estensione teorica) circa il 44% del territorio Nazionale (figura 5). La copertura riguarda essenzialmente il Nord (66,1%), il Centro (48,5%) e molto marginalmente il Sud (10%). La partecipazione ai programmi che invitano ad effettuare il sangue occulto fecale è pari al 44,6 (adesione corretta) [5]. Si è già sottolineata la maggiore adesione delle donne (47%) rispetto agli uomini (43%) per quanto riguarda l'invito ad effettuare il test per il sangue occulto fecale (figura 6).

Conclusioni

L'offerta della diagnosi precoce oncologica per le donne italiane è cresciuta. I programmi di screening aumentano la parità all'accesso, ma persistono disuguaglianze territoriali e sociali. La sfida per la Sanità pubblica è il superamento di queste differenze.

Bibliografia

1. Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto, novembre 2006 a cura dei Gruppi di lavoro nominati dai Decreti del Ministro della Salute (3/11/2004 e 18/10/2005), in applicazione della L. 138/2004 (art. 2 bis), Dipartimento Generale delle Prevenzione, Ministero della Salute. Disponibile all'indirizzo URL <http://www.osservatorionazionalecreening/documentazione/raccomandazioni.htm> in data 26 febbraio 2008
2. La prevenzione dei tumori femminili in Italia: il ricorso a pap test e mammografia Anni 2004-2005. Sanità Statistiche in breve Istituto Superiore di Statistica dicembre 2006
3. Gallo T. et al. La diffusione dell'attività di diagnosi precoce in Italia per lo screening cervicale, mammografico e coloretale (Studio PASSI, 2005). In: Rosselli Del Turco M, Zappa M (ed). Osservatorio Nazionale Screening. Quinto rapporto. Inferenze, Milano 2006:140-146

4. Ronco G et al. Livello di attivazione e indicatori di processo dei programmi organizzati di screening dei tumori del collo dell'utero in Italia. In: Rosselli Del Turco M, Zappa M (ed). Osservatorio Nazionale Screening. Sesto rapporto. Inferenze, Milano 2007: 52-68
5. Zorzi M. et al. Lo screening coloretale in Italia: survey 2005 e dati preliminari 2006. In: Rosselli Del Turco M, Zappa M (ed). Osservatorio Nazionale Screening. Sesto rapporto. Inferenze, Milano 2007:70-84
6. Giordano L. et al. Trend temporali di alcuni indicatori dei programmi di screening mammografico in Italia: 1996-2005 In: Rosselli Del Turco M, Zappa M (ed). Osservatorio Nazionale Screening. Sesto rapporto. Inferenze, Milano 2007: 36-50
7. Giorgi D. et al. Lo screening mammografico in Italia: survey 2005 e dati preliminari 2006. In: Rosselli Del Turco M, Zappa M (ed). Osservatorio Nazionale Screening. Sesto rapporto. Inferenze, Milano 2007: 20-35

4. Supporto della donna dopo la diagnosi di tumore al seno

Molte sono le proposte di sostegno scaturite dalle donne partecipanti a diversi gruppi di associazionismo femminile e discusse anche all'interno della Commissione.

Una delle più rilevanti questioni è la proposta di sviluppare un maggior approccio multidisciplinare per affrontare il percorso diagnostico-terapeutico della malattia. In particolare, la richiesta di quella di sviluppare delle Unità di Management per i tumori al seno. La multidisciplinarietà, come molte evidenze cliniche osservano, garantisce un'adeguato trattamento della malattia associato ad un incremento delle possibilità di sopravvivenza e un miglioramento degli esiti del trattamento e della qualità della vita.

Un altro aspetto importante per le donne che affrontano questa patologia oncologica è quello di porre una particolare attenzione agli aspetti psicologici legati alla diagnosi e terapia del tumore sia per la paziente e sia per il suo ambiente socio-familiare. Sono, quindi, necessari dei presidi sanitari dove il tumore al seno sia trattato da team con funzione di assistenza psico-oncologica in grado di seguire la paziente nel suo percorso clinico e nella sua fase riabilitativa fisica e psicologica.

La fase di riabilitazione coinvolge anche gli aspetti di reintegrazione della donna nella collettività originaria e nel proprio posto di lavoro. Il tumore del seno colpisce spesso donne in età lavorativa e attualmente non esistono ancora condizioni tali che tutelino il diritto al lavoro di chi si ammala. L'avanzamento nelle terapie consente margini di sopravvivenza sempre maggiori e patologie tumorali anche in stadio avanzato possono essere mantenute in condizioni croniche e relativamente stabili anche per lungo tempo. Il sistema dell'occupazione, però, non pare rispondere con adeguata flessibilità ponendo ancora i malati cronici in condizioni di dover abbandonare l'attività lavorativa durante le cure, con insoddisfacenti possibilità di venire successivamente reintegrati, o, al contrario, di dover proseguire un lavoro non compatibile con l'attuale stato psico-fisico.

È dunque importante che siano messe in atto tutte le iniziative volte a garantire alle donne che si ammalano di tumore al seno gli strumenti per poter scegliere in piena libertà se proseguire nell'attività lavorativa o ritirarsi a vita privata. Sarebbe anche altrettanto importante che siano previsti percorsi di riqualificazione professionale adeguati alla salute della donna che, per motivi fisici legati alla malattia, non possa continuare nelle vecchie mansioni.

L'associazionismo al femminile

A cura di

Rosaria Boldrini, Alessandra Burgio, Carla Ceccolini, Susanna Conti, Roberta Crialesi, Miriam Di Cesare, Lucia Lispi, Marzia Loghi, Raffaella Michieli, Lorenza Pastore, Alessandra Pera, Anna Prete, Sara Terenzi, con la collaborazione di **Giada Minnelli**.

Gruppo di lavoro

“La salute delle donne durante tutto l’arco della vita”

Coordinatori: Giovan Battista Ascone, Concetta Mirisola

1. Premessa

La nascita dell'associazionismo è da attribuirsi all'unione spontanea di persone che, insieme, miravano a colmare carenze istituzionali nel Paese.

Oggi, l'Associazionismo ed il volontariato rappresentano una risorsa straordinaria in termini di capitale umano e sociale e si pongono come interlocutori privilegiati delle Istituzioni in quanto portatori di esigenze personali e professionali non altrimenti direttamente rappresentabili.

Peraltro, l'associazionismo ed il volontariato consentono un coinvolgimento totale per affermare valori e rappresentano un'importante dimensione della partecipazione sociale. In Italia, quasi 4 milioni e mezzo di persone si impegnano gratuitamente prestando la loro attività in associazioni di volontariato e poco meno di 2 milioni in altre Associazioni.

Rispetto agli uomini, le donne italiane presentano tassi meno elevati di partecipazione alle forme di associazionismo ma dall'analisi dei dati riferita a profili più specifici risulta che, soprattutto nelle classi di età più giovani e tra le persone occupate, i tassi di partecipazione femminile superano quelli maschili.

Il Ministro Livia Turco, come affermato nel discorso pronunciato in occasione dell' Commissione, ha individuato, fra gli obiettivi condivisi dai gruppi di lavoro, la costituzione di un **Forum nazionale**, come luogo di confronto e di rappresentanza di quello che è la risorsa straordinaria, il capitale umano e sociale di questo Paese, vale a dire i soggetti dell'associazionismo delle donne, le forze della rappresentanza sociale, le ONG, le associazioni imprenditoriali.

A tal fine, è parso opportuno iniziare il censimento delle Associazioni costituite prevalentemente da donne e per le donne.

2. Metodologia e strumenti

La metodologia utilizzata per la realizzazione del censimento delle Associazioni italiane, di e per le donne, si suddivide in tre fasi:

1^a Fase: individuazione dei criteri di inclusione

Il gruppo di lavoro ha individuato i criteri di inclusione che vengono di seguito riportati:

- Associazione senza scopo di lucro
- Diffusa sul territorio nazionale (almeno due sedi di relativa importanza) e/o che abbia relazioni con organi istituzionali e/o strutture sanitarie
- Composta prevalentemente da donne
- Con utenza prevalentemente femminile
- Affronti tematiche relative allo stato psicofisico e sociale delle donne
 - 1) lavoro
 - 2) tematiche socio-culturali
 - 3) problemi socio-sanitari

Il gruppo ha inoltre proceduto alla costruzione di un format, scheda-associazione, contenente le informazioni necessarie da collezionare, ed ha individuato nel sito del Ministero della Salute il mezzo più efficace per realizzare la raccolta delle informazioni.

2^a Fase: raccolta delle schede

Sul portale del Ministero della Salute, www.ministerosalute.it, nella Sezione "Salute donna", è stata individuata un'area per la diffusione e la raccolta delle schede associazione. Tutte le Associazioni che accederanno a questa sezione e riterranno di possedere i requisiti elencati nei criteri di inclusione potranno scaricare la scheda associazione e dopo averla compilata in ogni sua parte dovranno inoltrarla, tramite e.mail o fax, all'indirizzo di posta elettronica/numero di fax indicati nelle istruzioni, allegando il proprio Statuto.

3ª Fase: elaborazione dei dati e pubblicazione

Dopo aver proceduto alla raccolta delle schede, sarà verificata la coerenza tra le informazioni inserite e i criteri di inclusione. Una volta che i dati saranno ritenuti congrui, l'Associazione sarà ritenuta idonea per essere inserita nell'elenco riportato nella medesima sezione del portale del Ministero della Salute. Nel momento in cui verrà collezionato un numero di almeno 20 Associazioni si procederà all'inserimento di un primo elenco di Associazioni con le relative schede. Il tempo minimo previsto per la prima mappatura delle Associazioni è di 6 mesi. Dopo questo periodo i dati inseriti nelle singole schede associazione, anche una volta pubblicati, non saranno da considerarsi definitivi, così come l'elenco potrà essere continuamente integrato con tutte le Associazioni che ritengano di possedere i requisiti elencati nei criteri di inclusione.

L'obiettivo di questo lavoro è, infatti, quello di realizzare una mappatura delle Associazioni nazionali più completa possibile, al fine di avere un quadro esaustivo delle attività realizzate, delle modalità di azione e un prezioso elenco delle expertise con le quali le Istituzioni mirano a creare un dialogo sempre più attivo, quale strumento per raggiungere e accogliere i cittadini.

3. Fase sperimentale - Primo elenco di Associazioni

Di seguito è riportato un primo elenco di Associazioni che hanno dimostrato, sulla base del proprio Statuto, di possedere i criteri di inclusione individuati e che hanno risposto ad una fase sperimentale della mappatura, realizzata al fine di testare la congruenza dello strumento costruito (scheda associazione) e dei metodi.

La maggior parte delle informazioni presenti in questo primo elenco, non ancora ufficiale, e relative alle singole Associazioni, sono state collezionate attraverso il coinvolgimento diretto delle Associazioni stesse, le quali sono state individuate in modo casuale attraverso una ricerca on-line. Criterio fondamentale per l'individuazione in questa fase è stato, oltre il possesso dei criteri di inclusione, la pubblicazione sul sito Internet dell'Associazione, del proprio Statuto.

In seguito ad un contatto telefonico, le Associazioni individuate, sono state esortate a compilare la scheda associazione, inoltrata al referente indicato tramite e.mail o fax, e restituita compilata al Ministero della Salute.

Per quanto concerne le Associazioni individuate che non hanno fornito il proprio contributo nei tempi richiesti, sono state inserite le schede compilate con le informazioni reperite nello Statuto e sul sito internet delle Associazioni stesse.

Associazioni e lavoro

| Centro di appartenenza | Presidente | Indirizzo e numero di telefono | Tel e Fax | Indirizzo e-mail |
|---|-------------------|--|--|--|
| A.I.D.D.A. Associazione imprenditrici e donne dirigenti d'azienda | Laura Frati Gucci | Via degli Scialoja, 1800196 Roma | Tel. 06 3230578 Fax 06 3230562 | aidda@aidda.org |
| A.I.D.M. Associazione Italiana Donne Medico | Ornella Cappelli | Via Padre Lino Maupas, 12 43100 PARMA | Tel. Tel/fax: +39 06.87191274 Cell.+393382907 050 | esapass@tiscali.it |

Associazioni e tematiche socio-culturali

| Centro di appartenenza | Presidente | Indirizzo e numero di telefono | Tel e Fax | Indirizzo e-mail e sito web |
|---|-----------------------|---|---|--|
| AIDOS Associazione Italiana donne per lo sviluppo | Daniela Colombo | Via dei Giubbonari 30 00186 Roma | Tel 39066873214 Fax 9066872549 | aidos@aidos.it |
| AIED Associazione italiana per l'educazione demografica | Luigi Laratta | <i>Ogni sede ha il proprio</i> | <i>Ogni sede ha il proprio</i> | info@aied.it |
| ARCIDONNA | Valeria Ajovalasit | Via Alessio di Giovanni 14 - 90144 Palermo | Tel.091.345799- 091 344403 Fax 091.301650 | arcidonna@arcidonna.it www.arcidonna.org |
| Donne & Futuro o.n.i.u.s Libera Associazione per le Donne d'oggi | Anna Maria Zucca | Via Barbaroux n. 31 (angolo Via Stampatori) - 10121 TORINO | Tel. E Fax 011 51 87 438 | donne@tin.it www.donnefuturo.com |
| FIDAPA Federazione Italiana Donne Arti Professioni e Affari | Giuseppina Bombaci | Via Piemonte, 32 - 00187 Roma | Tel. 06-4817459 Fax 06-4817385 | fidapa@tin.it www.fidapa.it |
| UDI Unione Donne in Italia | Pina Nizzu | Via dell'Arco di Parma, 15 - 00186 Roma | Tel. 06.6865884 | udinazionale@gmail.com www.udinazionale.org |

Associazioni e tematiche relative a problemi socio-sanitari

| Centro di appartenenza | Presidente | Indirizzo e numero di telefono | Tel e Fax | Indirizzo e-mail e sito web |
|--|------------------------------------|--|---|--|
| A.B.A Associazione per lo Studio e la ricerca sull'anoressia, la bulimia, l'obesità e i disordini alimentari | Fabiola Jean Edith De Clercq | Via Solferino, 14 - 20121 Milano | Tel. 02 29000226 Fax 02 29006988 | fabiola@bulimianoressia.it www.bulimianoressia.it |
| AIDAP Associazione italiana disturbi dell' alimentazione e del peso | Riccardo Dalle Grave | Via Sansovino, 16 - 37138 Verona | Tel. 045-8103915 Fax 045-8102884 | aidavr@tin.it www.positivepress.net |
| AIE Associazione Italiana Endometriosi | Jacqueline Veit | Via Monte Grappa 2 20014 Nerviano Milano | Tel. 0331 589800 Fax 0331 589800 | info@endoassoc.it www.endoassoc.it |

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| AIE Associazione italiana endometriosi | Giulio Signorile | Via Emilio Longoni n.81, 00155 Roma | Tel. 06 36306066 06 22789572 Cell. 3385064662 | aie@endometriosi.it www.endometriosi.it |
| A.N.D.O.S. Associazione Nazionale Donne Operate al Seno | Francesco Maria Fazio | Sede legale: Via San Marco, 26 – 20121 Milano Sede operativa: Via Lanzone, 47 – 20123 Milano | Tel/fax: 0280506552 | f.fazio@andosonlusnazionale.it info@andosonlusnazionale.it www.andosonlusnazionale.it |
| ARTEMISIA | Nicoletta Livi Bacci | Via Mezzetta, 1/int; 50135 Firenze | <i>violenza in età adulta</i> tel. 055 602311 <i>violenza in età minore</i> tel. 055 601375 | <i>violenza in età adulta</i> cfranci@fol.it <i>violenza in età minore</i> artemisia@fol.it /www.artemisiacentroantiviolenza.it/ |
| EUROPA DONNA | Anna Segatti | Via San Paolo, 15 20121 Milano | Tel 0272095416 02 72095490 Fax 02 804491 | info@europadonna-italia.eu www.europadonna-italia.it |
| FEDIOS Federazione Italiana Osteoporosi e Malattie dello Scheletro | Patrizia Ercoli | Viale della Vittoria, 43 - 60123 Ancona | Tel 071 31279 Fax 071 3589110 | info@fedios.it www.fedios.it |
| FINCO Federazione Italiana Incontinenti | Francesco Diomede | Viale orazio flacco,24 – 70124 bari | Tel. 080.5093389 Fax 080.5619181 | finco@finco.org www.finco.org – www.giornataincontinenza.com |
| O.N.Da Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna | Francesca Merzagora | Via Fatebenefratelli, 17 20121 Milano | Tel. 02 29015286 Fax 02 29004729 | info@ondaosservatorio.it www.ondaosservatorio.it |
| S.I.d.R. Società Italiana della Riproduzione | Luca Gianaroli | Via G. Celoria, 10 20133 Milano | Tel. 02.50317989 Fax 02.50317980 | antonio.lauria@unimi.it www.sidr.it |
| SIGO Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia | Gorgio Vittori | Via Soldati, 25 Roma | Tel 06 6875119. Fax 06 6868142 | federazione@sigo.it www.sigo.it |
| TELEFONO ROSA | Maria Gabriella Carnieri Moscatelli | Viale Mazzini, 73 - 00195 Roma | Tel. 0637518261- 2 Fax 06 37518289 | telefonorosa@alice.it www.telefonorosa.it |
| VITA DI DONNA | Elisabetta Canitano | Via della Lungara, 19 – Roma (c/o Casa Internazionale delle donne) | Tel. 333 9856046 | mail.differente.per.servizio.offerto www.vitadidonna.it |

9.5 Rete nazionale dei centri antiviolenza

| |
|--|
| Sito internet della Rete |
| www.women.it/centriantiviolenza/ |

Si riporta, di seguito, l'elenco dei Centri che hanno aderito alla carta della rete nazionale dei Centri antiviolenza e delle case delle donne.

| | Centro di appartenenza | Città | Indirizzo e numero di telefono | Indirizzo e-mail |
|----|---|--------------|---|---|
| 1 | Ass. Donne e giustizia | Ancona | Via Astagno, 23 tel.: 071 205376 | donne.giustizia@libero.it |
| 2 | Casa rifugio Zefiro | Ancona | Piazza Stamina, 13 tel.: 071 2075383 | casarifugio@laggerma.org |
| 3 | Centro antiviolenza Giulia e Rossella | Barletta | P.zza A. Moro 16 tel.:0883 310293 Fax: 0883 313554 | centroantiviolenza@libero.it |
| 4 | Telefono Donna | Belluno | Via Del Consiglio n°8 tel.:0437 981577 Fax: 0437 981577 | bellunodonna@libero.it |
| 5 | Aiuto Donna Uscire dalla violenza | Bergamo | Via San Lazzaro, 3 tel.: 035 212933 fax 035 4131651 | info@aiutodonna.it http://www.aiutodonna.it |
| 6 | Casa delle donne per non subire | Bologna | Via Dell'Oro, 3 tel.: 051 333173 fax 051 3399498 | casadonne@women.it |
| 7 | Casa Rifugio | Bolzano | Via del Ronco, 17 tel.: 0471 513399 | Frau_gea@virgilio.it |
| 8 | Centro Antiviolenza Thamaia | Catania | Via Macherione, 14 tel. e fax: 095 7223990 | thamaia@tiscali.it |
| 9 | Associazione Telefono Donna | Como | Via Zezio, 60 tel.: 031 304585 | segreteria@telefonodonnacomo.it |
| 10 | Telefono Rosa Centro contro la violenza "R. Lanzino" | Cosenza | Via Caloprese, 56 tel.: 0984 36311 | contro33@centrolanzino191.it |
| 11 | Associazione Donne Contro la Violenza | Crema | Via XX Settembre, 115 tel.: 037 380999 | assocdonne@libero.it |
| 12 | Sos donna | Faenza | Via Laderchi, 3 tel.: 054 622060 | info@sosdonna.com |
| 13 | Centro donne e giustizia | Ferrara | Via Terranova, 12/B tel.: 0532 247440 | donnegiustizia@libero.it |
| 14 | Associazione Artemisia | Firenze | Via del Mezzette, 1 tel.: 055 602311 | cfranci@fol.it |
| 15 | Centro Donna | Forlì | Via Tina Gori, 58 tel.:0543 712660 | CroBar@comune.forli.fo.it |
| 16 | UDI – Centro di Accoglienza per non subire violenza | Genova | Via Cairoli, 14/7 tel.: 010 2461715-6 | udige@libero.it |
| 17 | Centro Accoglienza Donne Maltrattate Associazione Olympia De Gouges | Grosseto | Via Trieste, 5 tel.: 0564.413884 cell.: 3480992098 | c.antiviolenza@provincia.grosseto.it |
| 18 | La Cicoria | Imola | Via Venturini, 4 | alisav@libero.it |

| | | | | |
|----|---|-----------------------|---|--|
| | | | tel.: 0542 604608 | |
| 19 | Codice e telefono Donne | La Spezia | Via Corridoni, 5 tel.: 0187 703338 | udi.laspezia@email.it |
| 20 | Centro Donna Lilith | Latina | Via M. d'Azeglio, 9 tel.: 0773 664165 | c.donnalilith@tele2.it |
| 21 | Demetra Donne in Aiuto | Lugo (Ra) | Corso Garibaldi, 116 tel.: 0545 27168 | donna@demetra-lugo.it |
| 22 | Centro antiviolenza | Merano | Corso Libertà, 184/A tel.: 0473 222335 | perledonne@hotmail.net |
| 23 | Altra metà del cielo Telefono Donna | Merate (LC) | Via S. Ambrogio 17 tel. 039 9900678 | altrametadelcielo@yahoo.it |
| 24 | CEDAV Centro Donne Antiviolenza | Messina | Via Cesareo, 24 tel.: 090 6783035 | cedav@virgilio.it |
| 25 | Cerchi d'acqua | Milano | Via Piacenza, 8 tel.: 02 54107608 | info@cerchidaqua.it |
| 26 | Casa delle donne maltrattate | Milano | Via Piacenza 14 tel.: 02 55015519 fax 02 5501960 | cadm@galactica.it |
| 27 | Centro antiviolenza | Modena | Via del Gambero, 77 tel.: 059 361050 | mostmodena@virgilio.it |
| 28 | Centro antiviolenza "Libere Tutte" | Montecatini Terme- Pt | Via Marconi 5 tel.-Fax 0572910311 Cell. 3406850751 | casadonna@virgilio.it info@liberetutte.com |
| 29 | Associazione C.A.DO.M. (Centro Aiuto Donne Maltrattate) | Monza | Via Mentana 43 tel.: 039 2840006 | cadom_monza@tin.it |
| 30 | Centro antiviolenza | Napoli | Via Posillipo, 359 tel.: 081 5755015 | pappaclara@interfree.it |
| 31 | Centro Veneto Progetti Donna – AUSER | Padova | Via Tripoli, 3 tel.: 049.8721277 | centro.donna@libero.it |
| 32 | Le Onde | Palermo | Via XX Settembre, 57 tel.: 091 327973 | leonde@tin.it |
| 33 | Centro Antiviolenza | Parma | Vicolo Grossardi, 8 tel.: 0521 238885 | acavpr@libero.it |
| 34 | Associazione Donne contro la violenza | Pavia | Corso Garibaldi, 37/B tel.: 0382 32136 | associazionedonnepv@libero.it |
| 35 | Telefono Rosa | Piacenza | tel.: 0523 593333 | telefonorosapiacenza@libero.it |
| 36 | Ass. Donne Insieme contro la violenza | Pieve Emanuele (Mi) | Via dei Pini, 2/H tel: 02 90420110 | info@donneinsieme.org |
| 37 | Ass. Telefono Donna | Pisa | Via Galli Tassi, 8 tel.: 050 561628 fax: 050 550627 | teldonna@tiscali.it |
| 38 | Centro donna La Nara | Prato | Via Verdi, 19 tel.: 0574 34472 | lanara@alicecoop.it |
| 39 | Linea Rosa | Ravenna | Via Mazzini, 57/A tel. e fax: 0544 216316 | linearosa@racine.ra.it |
| 40 | Associazione Nondasola | Reggio Emilia | Via Melegari, 2/A tel.: 0522921380 | info@nondasola.it |
| 41 | Centro Donna L.I.S.A. | Roma | Via Rosina Anselmi, 41 tel.: 06 87141661 | info@centrodonnalisa.it |
| 42 | Differenza Donna | Roma | Via Tre Cannelle, 15 tel.: 06 6780537 | d.donna@fashnet.it |

| | | | | |
|----|---|---------------------------|--|---|
| 43 | Associazione Da Donna a Donna | Ronchi dei Legionari (Go) | Via Roma, 13 tel.:0481 474700 | dadonnaadonna@spin.it |
| 44 | Associazione Le Nereidi | Siracusa | Via A. Platani, 12 tel.: 0931 492752 | raffaella.lanereide@libero.it |
| 45 | Telefono Donna La Nereide | Siracusa | Via F. Crispi, 88 tel.: 0931 61000 | lanereide.sr@virgilio.it http://xoomer.alice.it/lanereide-telefonodonna/ |
| 46 | Casa delle donne | Sulmona | Via Angeloni, 11 tel.: 0864 212044 | coophs@virgilio.it |
| 47 | Centro Antiviolenza Ascolto Donna | Taranto | Via Lazio, 45 tel.:099 7786959 | |
| 48 | Centro essere donna | Terracina | Via Traiano, 17/8 tel.: 0773 700961 | centroesseredonna@libero.it |
| 49 | Associazione Volontarie del Telefono Rosa | Torino | Via Assietta 13/a tel.: 011.530666 5628314 fax: 011.549184 | telefonorosa@mandragola.com |
| 50 | Centro Antiviolenza | Trento | Via Dogana, 1 tel.: 0461 220048 | centroantiviolenzatn@tin.it |
| 51 | Centro Antiviolenza GOAP | Trieste | Via S. Silvestro, 3-5 tel.: 040 3478827 | info@goap.it |
| 52 | Iotunoivoi donne insieme | Udine | Via della Roggia, 91 tel.: 0432 235163 pronta accoglienza tel.: 0432 421011 | ass.idi@infinito.it |
| 53 | EOS | Varese | Via Staurengi, 24 tel.:0332 231271 fax 0332 496511 | eosvarese@virgilio.it |
| 54 | Centro di Ascolto "L'una per l'altra" | Viareggio | Via M. Polo, 6 tel.: 0584 52645 n. verde 800614822 | casadelledonneviareggio@katamail.com |
| 55 | Centro antiviolenza Erinna | Viterbo | Corso Italia, 71 tel.: 0761 342056 | e.rinna@yahoo.it |

Razionale e proposte per un Piano Intersettoriale

A cura di

Roberta Siliquini

Gruppo di lavoro

“Conferenza nazionale sulla salute delle donne e Piano Intersettoriale”

Coordinatori: Maura Cossutta, Maria Paola Di Martino

Premessa

Le differenze di genere danneggiano la salute fisica e mentale di un numero incalcolabile di donne e, di conseguenza, di uomini, malgrado i benefici che queste differenze sembrano avere sul genere maschile attraverso maggiori risorse, potere, autorità e controllo (WHO, 2007).

Il 'genere' è una costruzione a più facce.

E' composto dal ruolo sociale, dai comportamenti, da valori e attitudini, da fattori legati all'ambiente sociale oltreché biologici e fisici.

Una delle interessanti conseguenze di questa compresenza di variabili socio-culturali e biologiche è che, sino a pochi anni orsono, l'aspetto biologico era considerato essere il 'predittore' per eccellenza degli outcome di salute (Anderson, 2006).

Non si è valorizzato il fatto che il 'sesso' si correla quasi sempre ad una serie di comportamenti, modelli e stili di vita che generano 'il genere' e che sono per lo più i responsabili dei livelli raggiunti e raggiungibili di salute.

Benché fattori biologici e relativi agli stili di vita giochino un ruolo importante nel determinare le differenze di genere nella salute, la letteratura mostra come, pur aggiustando per tutti i fattori di rischio noti, rimangano delle sostanziali differenze tra uomini e donne quando l'indicatore usato è la mortalità (Wingard, 1984).

In letteratura si ipotizza che la maggior morbosità nel sesso femminile derivi dalla combinazione di stipendi più bassi, molto tempo dedicato alla gestione della casa ed alla cura dei figli e minor tempo dedicato allo svago; alcuni studi (Bird, 1991; Gove, 1979) dimostrano che, quando si controlla per l'effetto delle variabili citate, le differenze tra i sessi in termini di morbosità scompaiono, a differenza di quanto osservato per la mortalità.

Infine, uno studio condotto in Australia (Sayer, 1996) giunge alla conclusione che i differenziali di morbosità, oltre a riflettere differenze biologiche, suggeriscono che la differente percezione del proprio stato di salute, la diversa attitudine alla prevenzione ed alla richiesta di aiuto siano fattori importanti nella storia naturale delle malattie.

Da queste evidenze emerge come il genere sia, quindi, di per sé un determinante chiave della salute (Cohen, 1998).

Per la frequenza e la gravità dei problemi di salute correlati alla scarsa attenzione posta alle differenze di genere, pare quindi oggi prioritario sottolineare quanto l'attenzione ai diritti delle donne alla salute sia uno degli strumenti più potenti e diretti per ridurre le disuguaglianze.

Un recente documento del WHO (WHO, 2007) elenca alcune '**azioni essenziali**' che, se perseguite, possono far fare, ad ogni Paese, la differenza.

1. Lavorare sulle dimensioni strutturali delle differenze di genere (leggi, risorse e infrastrutture, etc), in particolare utilizzare efficacemente lo strumento legislativo per garantire l'uguaglianza di genere anche in situazioni di radicali cambiamenti dal punto di vista economico ed utilizzare l'educazione come strumento per l'*empowerment*.
2. Sfidare gli stereotipi di genere e adottare strategie multilivello per modificare le pratiche che danneggiano direttamente le donne.
3. Ridurre il rischio sulla salute considerando maggiormente le esposizioni proprie di genere, ma valutando accuratamente anche il contesto socio economico che determina tali esposizioni (politiche per la famiglia, per l'occupazione).
4. Migliorare l'accesso ai servizi sanitari rendendoli più consoni alle esigenze delle donne, in particolare garantendo l'uguaglianza di accesso a parità di bisogno.
5. Aumentare le evidenze sulle differenze di genere attraverso la ricerca, in particolare costruendo un set di indicatori 'genere sensibili'.
6. Supportare le organizzazioni che danno voce alle differenze di genere.

Se le azioni essenziali forniscono indubbiamente un punto di riferimento per i singoli Paesi, l'aspetto cruciale è attraverso quali '**attività strategiche**' esse vengano perseguite.

La nuova politica per la Sanità Pubblica, attuata in Svezia a partire dal 2003 (SIDA, 2006), rappresenta un interessante esempio di 'approccio di genere', sia nei metodi, che negli obiettivi. Entrambi rispondono alla finalità di affrontare le radici strutturali delle disuguaglianze di genere nella società, prendendo in considerazione le relazioni di genere in tutte le attività del pubblico, del privato e delle organizzazioni di volontariato, attraverso l'analisi sistematica di genere nella progettazione di politiche e nella erogazione di servizi.

Razionale e proposte

Gli aspetti di metodo più rilevanti sono tre:

1. creazione di una Commissione multidisciplinare composta da esperti e politici di tutti i partiti;
2. creazione di un set di indicatori specifici, volti a rilevare le disuguaglianze di genere nell'ambito della salute ed i possibili determinanti;
3. orientamento delle politiche di Sanità Pubblica basato non tanto sui problemi di salute, quanto sul più ampio contesto dei determinanti (raramente di natura sanitaria) dello stato di salute

Obiettivi:

- promuovere la partecipazione e l'influenza delle donne sulla società;
- promuovere la sicurezza economica e sociale;
- promuovere condizioni favorevoli durante l'infanzia e adolescenza;
- promuovere una più sana vita lavorativa;
- promuovere ambiente e prodotti di consumo sani e sicuri;
- promuovere attivamente una condizione di buona salute, anche attraverso il sistema di cure;
- proteggere efficacemente dalle malattie trasmissibili;
- promuovere una sessualità sicura e una buona salute riproduttiva;
- promuovere l'incremento dell'attività fisica;
- promuovere corrette abitudini alimentari e garantire la sicurezza degli alimenti;
- promuovere la riduzione dell'uso di tabacco, di alcool e di sostanze illegali
- promuovere la riduzione degli effetti nocivi del gioco d'azzardo.

Punti di forza di questa strategia sono:

1. l'efficace coordinamento tra i vari settori ed organismi attuato a livello centrale dalla Commissione pari opportunità
2. la creazione di un ampio consenso sociale e politico

Sulla base degli obiettivi OMS e delle esperienze internazionali sembrano dunque essere prioritari i seguenti interventi:

1. creare una Commissione multidisciplinare, garantendo una efficace ed autorevole azione di coordinamento;
2. costruire un set di indicatori genere specifici, che utilizzi i sistemi informativi correnti e fornisca dati necessari per prendere decisioni;
3. sulla base dello scenario delineato, attuare specifici interventi, che probabilmente dovrebbero agire a livello di:
 - educazione e istruzione;
 - politiche sociali e per la famiglia;
 - politiche per il lavoro;
 - sistema sanitario;
 - comunità.

Seminari

Gli Atti dei Seminari sono disponibili sul portale del Ministero della salute, all'indirizzo www.ministerosalute.it nella sezione "Salute donna"

1. Seminario:

”Prevenzione dei tumori: tra differenze di genere e differenze territoriali” Roma, 5 novembre 2007

Organizzazione: gruppo di lavoro “I tumori; prevenzione, diagnosi, terapia”

Questo seminario, finalizzato a discutere l’impegno del sistema sanitario nella tutela e promozione della salute delle donne in campo oncologico, rappresenta una tappa del percorso di organizzazione della Prima Conferenza Nazionale sulla salute delle donne, prevista per l’8 marzo 2008.

La giornata si è articolata in una prima analisi dei principali problemi per la salute delle donne in Italia, limitatamente al cancro ed ai suoi rischi; in una seconda analisi della prevenzione secondaria; in una terza analisi relativa al ruolo dei consultori nella prevenzione oncologica.

Dopo una breve introduzione alla giornata del Dott. Greco e della Dr.ssa Cossutta, che hanno sottolineato come i determinati socio-economici, ivi compreso il genere, possano influire sullo stato di salute della donna stessa, in particolare nel condizionare disuguaglianze tra il Nord ed il Sud dell’Italia e come il miglioramento dello stato di salute della donna determini il miglioramento dello stato di salute del Paese, dalle relazioni che sono seguite, è emerso quanto segue.

Gli stili di vita ed i comportamenti alimentari non corretti condizionano pesantemente lo stato di salute delle donne che si ammalano di patologie un tempo attribuite maggiormente all’uomo. Tra queste, vanno menzionate le patologie cardiovascolari, ed in particolare, il tumore del polmone. Nonostante le continue campagne di *screening*, resta considerevole l’incidenza del tumore alla mammella. Ancora oggi, il tumore alla mammella è la prima causa di morte per la donna (1/4 di tutte le diagnosi di tumore effettuate nelle donne negli ultimi tempi, peso analogo nel quinquennio precedente). Essendo la popolazione femminile anziana (il 30% della popolazione femminile ha 60 anni) più numerosa di quella maschile (il 22% della popolazione maschile ha 60 anni), si osservano più tumori femminili. Si è sottolineato come, nel periodo 1980-2004, nella classe di età 14 - 29 anni, l’abitudine al fumo, sia rimasta ugualmente diffusa tra le donne, mentre si sia ridotta per gli uomini della stessa età. Ciò ha incrementato l’incidenza del tumore del polmone nelle donne.

E’ emersa la notevole diffusione di programmi di screening oncologici che, seppur in maniera ancora poco omogenea sul territorio nazionale, resta fondamentale, ancora di più se contemporanea alla realizzazione di interventi di prevenzione primaria. Un trial per una valutazione formale del setting *screening* oncologici per interventi di prevenzione primaria su fumo e attività fisica sarà avviato nel 2008, finanziato dal Ministero della Salute in 3 regioni (Toscana, Emilia Romagna e Piemonte) con il coordinamento del CSPO.

L’offerta della diagnosi precoce oncologica per le donne italiane è cresciuta, i programmi di *screening* aumentano la parità all’accesso ma persistono disuguaglianze territoriali e sociali. La sfida per la Sanità pubblica è il superamento di queste differenze.

I programmi di *screening* non sono più un’idea di pochi ma un dovere delle ASL, un momento di riqualificazione dei consultori familiari. Essi dovrebbero essere all’interno di un Dipartimento di Prevenzione, in cui un’Unità Operativa coordina i programmi, basati su una progettazione dinamica e partecipata con il coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari e di un numero sempre maggiore di donne, validati da monitoraggi e verifiche.

La qualità della prestazione sta nella capacità di adattare l’offerta attiva alle caratteristiche di quella determinata popolazione bersaglio.

Il Modello di assistenza oncologica deve essere basato sulla presa in carico del paziente oncologico attraverso un sistema organizzativo-funzionale, con percorsi diagnostico-terapeutici altamente strutturati e con vari livelli di coordinamento: distrettuale, ospedaliero, zonale e regionale.

2. Seminario:

“Riduzione delle disuguaglianze e approccio di genere nelle politiche per la salute - Valutazione di impatto sulla salute delle politiche non sanitarie” Roma, 3 dicembre 2007

Organizzazione: gruppo di lavoro “Conferenza nazionale sulla salute delle donne e Piano Intesettoriale”

L'evento, organizzato nell'ambito dell'”Anno europeo delle pari opportunità per tutti”, e in preparazione della Prima Conferenza Nazionale sulla salute della donna, programmata per l'8 marzo 2008, ha riunito importanti figure della scena sanitaria e politica italiana per un confronto sulla necessità di integrare la dimensione di genere in tutte le politiche e per definire una nuova strategia di azioni e programmi di promozione della salute.

Lo scopo del Seminario è stato quello di fare sistema fra le diverse conoscenze ed esperienze italiane e di mettere in evidenza alcune eccellenti realtà in cui sono state realizzate iniziative e progetti coerenti con l'ottica di genere.

Il Seminario si è articolato in tre sessioni.

La prima sessione ha fornito un quadro generale su due importanti tematiche. Nella prima fase è stato introdotto l'approccio di genere nelle politiche per la salute e nelle politiche sociali evidenziando come esso, insieme ad altri importanti determinanti socioeconomici, influisce sull'accesso e l'efficacia del Servizio Sanitario Nazionale. In una seconda fase è stata illustrata la logica alla base del *transfert* dalla VIA, valutazione dell'impatto ambientale, alla VIS, valutazione dell'impatto sulla salute, e i possibili strumenti di valutazione ad essa applicabili. Al termine di questa sessione sono stati presentati programmi e proposte di rilevanza nazionale basati sull'ottica di genere, quali la necessità di una integrazione interistituzionale per l'attuazione della salute di genere in tutte le politiche, con concreta attuazione nel progetto Guadagnare Salute e il lavoro svolto dalla Rete Città Sane - OMS.

La seconda sessione ha lasciato ampio spazio alle realtà territoriali, Regioni, Province e Comuni, le quali hanno presentato in maniera analitica le proprie eccellenze, programmi ed azioni in corso, realizzati nel rispetto dell'approccio di genere.

La terza ed ultima sessione è stata dedicata al libero dibattito, durante il quale numerosi esponenti della P.A., dell'Università e delle Strutture sanitarie, hanno presentato le proprie esperienze ed esposto le proprie proposte, al fine di rendere l'approccio di genere e la VIS una realtà sempre più concreta.

Le conclusioni della giornata hanno ribadito l'importanza dell'evento e hanno sottolineato l'inizio di una nuova fase per la sanità pubblica che mira a realizzare un SSN più equo ed efficace, ma soprattutto basato sulla consapevolezza dell'esistenza di numerosissimi determinanti, tra cui il genere.

Fonti di dati per l'analisi di genere

A cura di

Rosaria Boldrini, Alessandra Burgio, Carla Ceccolini, Susanna Conti, Roberta Crialesi, Miriam Di Cesare, Lucia Lispi, Marzia Loghi, Raffaella Michieli, Lorenza Pastore, Alessandra Pera, Anna Prete, Sara Terenzi, con la collaborazione di **Giada Minnelli**.

Gruppo di lavoro

“La salute delle donne durante tutto l’arco della vita”

Coordinatori: Giovan Battista Ascone, Concetta Mirisola

Premessa

Il termine "statistiche di genere" è utilizzato a livello internazionale per indicare l'attitudine della ricerca statistica ad assumere il genere come variabile essenziale per la comprensione dei fenomeni.

La disponibilità di dati quantitativi e di informazioni statistiche sulle situazioni di vita di uomini e donne, costituisce il punto di partenza per la programmazione di nuovi interventi nell'ambito delle politiche pubbliche nonché uno strumento fondamentale per il monitoraggio dei progressi compiuti verso la realizzazione dell'uguaglianza di genere.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stabilito che alla salute delle donne deve essere dato il più elevato livello di visibilità e urgenza. Un approccio di genere nella promozione della salute significa, pertanto, un impegno nei confronti dell'equità, dei diritti umani e dell'assistenza sanitaria di base.

Sebbene il Programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica (2003-2008) intenda contrastare le disparità nel settore della salute, il Consiglio Europeo sulla salute delle donne nel 2006 ancora conclude che non esistono vere statistiche di genere, non è ancora adeguata la conoscenza degli operatori sulla relazione esistente tra genere e salute, la ricerca è ancora standardizzata sull'uomo e invita gli Stati a sviluppare efficaci strategie per ridurre le disparità di genere in materia di salute.

In Italia i maggiori Enti di ricerca statistica hanno intrapreso iniziative volte all'adeguamento delle indagini in ottica di genere: il CNEL ha proposto un disegno di legge (disposizioni in materia di statistiche di genere) prevedendo tra l'altro l'obbligo per tutti i soggetti che partecipano all'informazione statistica ufficiale di fornire i dati disaggregati per uomini e donne.

L'ISTAT, in un Approfondimento del marzo 2007, ha confermato la sua priorità per quanto riguarda la produzione, diffusione, promozione e uso di statistiche articolate per genere.

E' opportuno, però, che in tutti gli Enti, pubblici e privati, si consolidi un approccio metodologico che consenta di considerare la variabile di genere come imprescindibile, sia nella valutazione programmatica, che nel monitoraggio dei risultati delle politiche adottate. L'approccio di genere, infatti, rappresenta un punto di partenza per un cambiamento capace di ricollocare e ridefinire l'intero contesto, a partire dal sistema informativo, dalla raccolta e valutazione dei dati ma anche dei risultati, fino allo studio dell'epidemiologia, degli approcci assistenziali e terapeutici.

Le esigenze sopra rappresentate sono state particolarmente sentite dalla Commissione che, seppur strutturata in gruppi di lavoro differenti, ha condiviso particolari priorità considerate prerequisite per descrivere la salute della donna tramite un set di indicatori specifici, volti a rilevare le disuguaglianze di genere nell'ambito della salute ed i possibili determinanti.

Al fine di dare avvio al circolo virtuoso si è deciso, quindi, di procedere in un primo momento con l'identificazione delle fonti ufficiali nazionali dei dati e dei possibili indicatori, calcolabili attraverso l'analisi, per proseguire con la raccolta e analisi dei dati, in coerenza con gli indicatori sensibili al genere che sempre più ampiamente sono utilizzati a livello internazionale. Nella prima individuazione si sono, altresì, censite le fonti internazionali utili come momento di confronto ed altre fonti in grado di fornire dati non altrimenti rilevabili. Il censimento non è ancora completato.

Di seguito sono riportate, in schede schematiche, le caratteristiche delle fonti inizialmente censite. Le schede sono disponibili sul sito internet del Ministero della salute, all'indirizzo www.ministerosalute.it, nella sezione "Salute donna".

1. Fonti istituzionali

Denominazione fonte

Rilevazione della popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile al 31 dicembre

| | |
|----------------------|-------|
| Ente titolare | ISTAT |
|----------------------|-------|

| | |
|---------------------------|----------------|
| Tipologia indagine | Amministrativa |
|---------------------------|----------------|

| | |
|------------------|--------|
| Copertura | Totale |
|------------------|--------|

| | |
|-----------------------------|-------------------|
| Unità di rilevazione | Anagrafe comunale |
|-----------------------------|-------------------|

| | |
|-------------------------|------------------------------------|
| Unità di analisi | Iscrizione in anagrafe per nascita |
|-------------------------|------------------------------------|

| | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|--|
| Anni disponibili 1982-2006 | Periodicità Annuale | Dettaglio territoriale minimo Comune |
|--------------------------------------|-------------------------------|--|

| | |
|--|----------------------------|
| Principali variabili di classificazione | Genere, età e stato civile |
|--|----------------------------|

| | |
|----------------------|--|
| Pubblicazioni | |
|----------------------|--|

| | |
|-------------|--|
| Link | http://demo.istat.it Banca dati ISTAT Health for All Italia: http://www.istat.it/sanita/Health/ |
|-------------|--|

| | |
|------------------------|--|
| Note e commenti | <p>La popolazione media residente per gli anni 1982-2005 necessaria per il calcolo degli indicatori di popolazione, è disponibile su <i>Health for All Italia</i>.</p> <p>I dati riferiti agli anni 1982-1991 sono ricavati dalla pubblicazione ISTAT, <i>Ricostruzione della popolazione a partire dai dati censuari degli anni 1981 e 1991 utilizzando le informazioni anagrafiche</i>.</p> <p>I dati riferiti agli anni 1992-2001 sono ricavati dalla pubblicazione ISTAT, <i>Ricostruzione della popolazione a partire dai dati censuari degli anni 1991 e 2001 utilizzando le informazioni anagrafiche</i>.</p> |
|------------------------|--|

Tematiche di rilievo

| |
|--|
| Cambiamento della struttura per età delle donne (e degli uomini) nel tempo |
|--|

| | |
|---|---|
| Indicatori principali 1) Indice di invecchiamento 2) Altri indicatori di struttura | Formula $\frac{P_{65+}^f}{P_{0-14}^f} * 1000$ |
|---|---|

| |
|---|
| Potenzialità e limiti La popolazione che ha superato il 65° compleanno viene spesso definita anziana, con riferimento ad una scansione della vita in base più a termini economico-lavorativi che a valutazioni sullo stato di salute degli individui. Va ad ogni modo considerato che la popolazione in età 65 e oltre è quella più esposta a rischio di malattie gravi ed invalidanti ed al rischio di morire, soprattutto nelle età successive ai 75 anni. Al contrario la parte più giovane degli ultra 65enni rappresenta un potenziale di interessi e di attività. Il limite dei 65 anni nella costruzione dell'indicatore è spesso un limite anagrafico piuttosto che di reale perdita di autonomia delle persone. Quindi il tasso di invecchiamento può essere calcolato anche considerando 75 anni e oltre o addirittura 80-85. |
|---|

Denominazione fonte

Rilevazione delle nascite (vecchio CEDAP)

| | | |
|--|--|---|
| Ente titolare | ISTAT | |
| Tipologia indagine | Amministrativa | |
| Copertura | Totale | |
| Unità di rilevazione | Iscrizione anagrafica per nascita | |
| Unità di analisi | Evento nascita | |
| Anni disponibili 1980-1998 | Periodicità Annuale | Dettaglio territoriale minimo Provincia |
| Principali variabili di classificazione | Caratteristiche socio demografiche della madre e notizie sul bambino e sul parto | |
| Pubblicazioni | ISTAT (anni vari), <i>La fecondità regionale</i> , Collana Informazioni, Roma. ISTAT (anni vari), <i>Nascite: caratteristiche demografiche e sociali</i> , Collana Annuari, Roma. | |
| Link | Banca dati ISTAT Health for All Italia: http://www.istat.it/sanita/Health/ | |

| | |
|------------------------|---|
| Note e commenti | <p>Per gli anni 1980-1996 i dati delle schede individuali relative alle nascite registrate allo Stato Civile (modelli ISTAT D1 e D2) possono considerarsi esaustivi. Per gli anni 1997 e 1998 gli archivi Istat sono stati ricostruiti data l'incompletezza dei dati dovuta alla legge 127/97 sulla "Semplificazione amministrativa". A seguito di tale legge i modelli D1 e D2 sono stati aboliti e sono stati sostituiti a partire dal 1999 con il modello P4 relativo alle nascite registrate all'Anagrafe (vedi scheda). Il debito informativo creatosi in seguito alla soppressione della rilevazione individuale delle nascite riguarda principalmente i "fondamentali" demografici (nascite per vitalità, filiazione, ordine di nascita ed età della madre) e l'informazione sul contesto socio-demografico per gli esiti positivi e negativi delle gravidanze. Sugli aspetti sanitari viene meno tutta l'informazione legata al parto e sulla relativa distribuzione territoriale, su quel poco di storia riproduttiva pregressa che si riusciva a rilevare dai CEDAP, sugli esiti positivi e negativi delle gravidanze. <u>Particolarmente grave è la perdita informativa sulla nati-mortalità, le nascite affette da malformazioni e sulla mortalità infantile.</u> Nello specifico sui nati morti è possibile conoscere solo l'ammontare desumibile dalla rilevazione riepilogativa.</p> |
|------------------------|---|

Tematiche di rilievo

- 1) Livello di fecondità
- 2) Ricorso al parto cesareo

| Indicatori principali | Formula |
|--|---|
| 1) Tasso di fecondità totale (TFT) | $\sum_{x,15}^{49} \frac{N_x}{P_x} * 1000$ |
| 2) % parti cesarei | $\frac{P_{cesarei}}{TotP} * 100$ |
| Potenzialità e limiti | |
| Dal 1999 la percentuale di parti cesarei viene desunta dalla fonte del Ministero della salute "Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)" | |

Denominazione fonte

Nuova rilevazione degli iscritti in anagrafe per nascita

| | |
|----------------------|-------|
| Ente titolare | ISTAT |
|----------------------|-------|

| | |
|---------------------------|----------------|
| Tipologia indagine | Amministrativa |
|---------------------------|----------------|

| | |
|------------------|--------|
| Copertura | Totale |
|------------------|--------|

| | |
|-----------------------------|-----------------------------------|
| Unità di rilevazione | Iscrizione anagrafica per nascita |
|-----------------------------|-----------------------------------|

| | |
|-------------------------|----------------|
| Unità di analisi | Evento nascita |
|-------------------------|----------------|

| | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|---|
| Anni disponibili 1999-2005 | Periodicità Annuale | Dettaglio territoriale minimo Provincia |
|--------------------------------------|-------------------------------|---|

| | |
|--|--|
| Principali variabili di classificazione | Caratteristiche socio demografiche della madre e del padre |
|--|--|

| |
|----------------------|
| Pubblicazioni |
|----------------------|

| | |
|-------------|---|
| Link | <i>Banca dati ISTAT Health for All Italia:</i> http://www.istat.it/sanita/Health/ Link al modello di rilevazione: http://www.istat.it/strumenti/rispondenti/indagini/demosanitarie/2007/mod_p4.pdf http://demo.istat.it |
|-------------|---|

| | |
|------------------------|--|
| Note e commenti | <p>La legge 127/97 sulla “Semplificazione amministrativa” ha interrotto il flusso della rilevazione sulle nascite (vecchio CEDAP) tramite i modelli Istat D1 e D2 che sono stati aboliti e sono stati sostituiti a partire dal 1999 con il modello P4 relativo alle nascite registrate all’Anagrafe. Questo però ha comportato la perdita di tutte le informazioni relative alla parte sanitaria che possono essere recuperate dal nuovo CEDAP (fonte Ministero della Salute, vedi scheda) a partire dal 2002.</p> <p>Per gli anni 1980-1996 i dati delle schede individuali relative alle nascite registrate allo Stato Civile (modelli ISTAT D1 e D2) possono considerarsi esaustivi. Per gli anni 1997 e 1998 gli archivi Istat sono stati ricostruiti data l’incompletezza dei dati dovuta alla legge 127/97 sulla “Semplificazione amministrativa”. A seguito di tale legge i modelli D1 e D2 sono stati aboliti e sono stati sostituiti a partire dal 1999 con il modello P4 relativo alle nascite registrate all’Anagrafe. Il debito informativo creatosi in seguito alla soppressione della rilevazione individuale delle nascite riguarda principalmente i "fondamentali" demografici (nascite per vitalità, filiazione, ordine di nascita ed età della madre) e l'informazione sul contesto socio-demografico per gli esiti positivi e negativi delle gravidanze.</p> <p>Sugli aspetti sanitari viene meno tutta l'informazione legata al parto e sulla relativa distribuzione territoriale, su quel poco di storia riproduttiva pregressa che si riusciva a rilevare dai CEDAP, sugli esiti positivi e negativi delle gravidanze. <u>Particolarmente grave è la perdita informativa sulla nati-mortalità, le nascite affette da malformazioni e sulla mortalità infantile.</u> Nello specifico sui nati morti è possibile conoscere solo l'ammontare desumibile dalla rilevazione riepilogativa</p> |
|------------------------|--|

| |
|-----------------------------|
| Tematiche di rilievo |
| 1) Livello di fecondità |

| Indicatori principali | Formula |
|---------------------------------|---|
| Tasso di fecondità totale (TFT) | $\sum_{x,15}^{49} \frac{N_x}{P_x} * 1000$ |
| | |

| | | |
|--|--|--------------------------------------|
| Potenzialità e limiti | | |
| Denominazione fonte | | |
| Rilevazione campionaria sulle nascite | | |
| Ente titolare | ISTAT | |
| Tipologia indagine | Campionaria | |
| Copertura | 10% (circa 50.000) di tutte le madri con almeno un figlio al di sotto dei due anni di età | |
| Unità di rilevazione | Per l'indagine condotta nel 2002: Madri di bambini iscritti in anagrafe per nascita nel corso del periodo luglio 2000-giugno 2001. Per l'indagine condotta nel 2005: Madri di bambini iscritti in anagrafe nel 2003 | |
| Unità di analisi | Nascita | |
| Anni disponibili | Periodicità | Dettaglio territoriale minimo |
| 2000-2001, 2003 | Non definita | Regione |
| Principali variabili di classificazione | Sono state rilevate le principali informazioni demografiche e socio-sanitarie sui genitori, il nato e il parto, oltre all'approfondimento di tematiche rilevanti sia per la comprensione delle dinamiche di fecondità in atto sia a fini di supporto informativo per eventuali interventi di policy. | |
| Pubblicazioni | ISTAT (2006), L'indagine campionaria sulle nascite: obiettivi, metodologia e organizzazione, collana Metodi e Norme, n. 28. ISTAT (2006), Avere un figlio in Italia, collana Informazioni n. 32. | |
| Link | <i>Banca dati ISTAT Health for All Italia:</i> http://www.istat.it/sanita/Health/ http://demo.istat.it http://www.istat.it/dati/catalogo/20060317_00/ http://www.istat.it/dati/catalogo/20061220_00/ | |
| Note e commenti | Per le prime due edizioni dell'indagine particolare attenzione è stata dedicata al tema dell'interazione tra maternità e partecipazione delle donne al mercato del lavoro, rilevando le variazioni nella condizione professionale delle madri verificatesi dopo la nascita dei figli. L'obiettivo è evidenziare i vincoli che si frappongono nel conciliare la dimensione familiare con quella lavorativa extra-domestica e le strategie di conciliazione messe in atto dalle neo-madri. A tale scopo le informazioni sul lavoro delle madri e dei padri possono essere lette congiuntamente a quelle sugli aiuti ricevuti per la cura dei figli e per l'alleggerimento del carico di lavoro domestico, e alle indicazioni sul contesto socio-economico delle famiglie | |
| Tematiche di rilievo | | |
| 1) Suddivisione tra i genitori dei compiti per la cura del bambino e del lavoro familiare 2) Interazione maternità-lavoro | | |
| Indicatori principali | Formula | |
| Quelli presenti nelle pubblicazioni segnalate | | |

Denominazione fonte

Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

| | |
|----------------------|-------|
| Ente titolare | ISTAT |
|----------------------|-------|

| | |
|---------------------------|----------------|
| Tipologia indagine | Per intervista |
|---------------------------|----------------|

| | |
|------------------|-------------|
| Copertura | Campionaria |
|------------------|-------------|

| | |
|-----------------------------|----------|
| Unità di rilevazione | Famiglia |
|-----------------------------|----------|

| | |
|-------------------------|----------------------|
| Unità di analisi | Individui o famiglia |
|-------------------------|----------------------|

| | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|--|
| Anni disponibili 2004-2005 | Periodicità Quinquennale | Dettaglio territoriale minimo Area vasta |
|--------------------------------------|------------------------------------|--|

| | |
|--|--|
| Principali variabili di classificazione | Genere, Età, Residenza, Caratteristiche della famiglia, titolo di studio |
|--|--|

| | |
|----------------------|--|
| Pubblicazioni | ISTAT (2007), "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari – 2004-2005". Statistiche in breve, Roma http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20070302_00/ ISTAT (2007), "Le terapie non convenzionali". Statistiche in breve, Roma http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20070821_00/ ISTAT (2007), "Prevenzione dei tumori femminili: ricorso a pap test e mammografia". Statistiche in breve, Roma http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20061204_00/ ISTAT (2007), "Gravidanza, parto e allattamento al seno". Statistiche in breve, Roma http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20060605_00/ |
|----------------------|--|

| | |
|-------------|---|
| Link | <i>Modello di rilevazione</i> http://www.istat.it/strumenti/rispondenti/indagini/famiglia_societa/salute/ <i>Pubblicazioni ISTAT: vedi Bibliografia</i> <i>Banca dati ISTAT: Health for All – Italia</i> http://www.istat.it/sanita/Health/ |
|-------------|---|

| |
|------------------------|
| Note e commenti |
|------------------------|

| |
|--|
| Tematiche di rilievo |
| Stato di salute dichiarato, indice di stato fisico e indice di stato psicologico, malattie croniche, disabilità, uso di farmaci, visite mediche, accertamenti diagnostici, obesità, fumo |

| | |
|--|----------------|
| Indicatori principali Da selezionare in base alla struttura dell'indice del rapporto | Formula |
|--|----------------|

| |
|---|
| Potenzialità e limiti |
| <p>Potenzialità: l'indagine consente di disporre di una molteplicità di dati relativi allo stato di salute, ai fattori di rischio ed al ricorso ai servizi sanitari della popolazione italiana. Tali informazioni possono essere analizzate secondo diverse variabili socio-demografiche e ad un livello di dettaglio territoriale sub regionale (area vasta).</p> <p>Limiti: i dati sono di natura campionaria e quindi non calcolabili a livello territoriale molto fine (es. comune); i dati derivano da interviste presso le famiglie e quindi da risposte fornite dalle persone, sono pertanto influenzati dalla percezione soggettiva e dal ricordo dei diversi eventi; alcune dimensioni non si prestano ad essere misurate con questo strumento (ad es. problemi di salute mentale, presenza di disabilità nei bambini al di sotto dei 6 anni, ecc.).</p> |

Denominazione fonte

Aspetti della vita quotidiana

| | |
|----------------------|-------|
| Ente titolare | ISTAT |
|----------------------|-------|

| | |
|---------------------------|----------------|
| Tipologia indagine | Per intervista |
|---------------------------|----------------|

| | |
|------------------|-------------|
| Copertura | Campionaria |
|------------------|-------------|

| | |
|-----------------------------|----------|
| Unità di rilevazione | Famiglia |
|-----------------------------|----------|

| | |
|-------------------------|----------------------|
| Unità di analisi | Individui o famiglia |
|-------------------------|----------------------|

| | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|---|
| Anni disponibili 1993-2006 | Periodicità Annuale | Dettaglio territoriale minimo Regione |
|--------------------------------------|-------------------------------|---|

| | |
|--|--|
| Principali variabili di classificazione | Genere, Età, Residenza, Caratteristiche della famiglia, Titolo di studio |
|--|--|

| | |
|----------------------|--|
| Pubblicazioni | ISTAT (2007), "La vita quotidiana nel 2006". Statistiche in breve, Roma http://www.istat.it/dati/catalogo/20071106_00/ |
|----------------------|--|

| | |
|-------------|---|
| Link | <i>Modello di rilevazione</i> http://www.istat.it/strumenti/rispondenti/indagini/famiglia_societa/vitaquotidiana/ <i>Pubblicazioni ISTAT: vedi Bibliografia</i> <i>Banca dati ISTAT: Health for All – Italia</i> http://www.istat.it/sanita/Health/ |
|-------------|---|

| |
|------------------------|
| Note e commenti |
|------------------------|

| |
|---|
| Tematiche di rilievo |
| Consumo di alcol, abitudine al fumo, obesità, incidenti domestici, attività fisica e sportiva |

| | |
|--|----------------|
| Indicatori principali Da selezionare in base alla struttura dell'indice del rapporto | Formula |
|--|----------------|

| |
|---|
| Potenzialità e limiti |
| Potenzialità: l'indagine consente di disporre di una molteplicità di dati relativi agli stili di vita ed ai fattori di rischio per la salute della popolazione italiana. Tali informazioni possono essere analizzate secondo diverse variabili socio-demografiche e ad un livello di dettaglio territoriale regionale. Limiti: i dati sono di natura campionaria e quindi non calcolabili a livello territoriale molto fine (es. comune); i dati derivano da interviste presso le famiglie e quindi da risposte fornite dalle persone, sono pertanto influenzati dalla percezione soggettiva e dal ricordo dei diversi eventi. |

Denominazione fonte

Cause di morte

| | |
|----------------------|-------|
| Ente titolare | ISTAT |
|----------------------|-------|

| | |
|---------------------------|----------------|
| Tipologia indagine | Amministrativa |
|---------------------------|----------------|

| | |
|------------------|--------|
| Copertura | Totale |
|------------------|--------|

| | |
|-----------------------------|----------------------|
| Unità di rilevazione | Medico certificatore |
|-----------------------------|----------------------|

| | |
|-------------------------|---------|
| Unità di analisi | Decesso |
|-------------------------|---------|

| | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|--|
| Anni disponibili 1980-2005 | Periodicità Annuale | Dettaglio territoriale minimo Comune |
|--------------------------------------|-------------------------------|--|

| | |
|--|------------------------|
| Principali variabili di classificazione | Genere, Età, Residenza |
|--|------------------------|

| | |
|----------------------|---|
| Pubblicazioni | <p>ISTAT (2007). Tavole di dati. Decessi: caratteristiche demografiche e sociali. Anno 2004. http://www.istat.it/dati/dataset/20070816_00/</p> <p>ISTAT (2007). Tavole di dati. Stime preliminari della mortalità per causa. Anno 2004. http://www.istat.it/dati/catalogo/20070117_01/</p> <p>ISTAT (2007). Volumi on line. Cause di morte. Anno 2002 http://www.istat.it/dati/catalogo/20070405_00/</p> <p>Conti S, Masocco M, Pezzotti P, Toccaceli V, Vichi M, Crialesi R, Frova L, Rezza G. Excess Mortality From Liver Disease and other Non-AIDS-Related Diseases Among HIV-Infected Individuals in Italy. <i>JAIDS</i> 2002; 29(1): 105-107</p> |
|----------------------|---|

| | |
|-------------|---|
| Link | <p><i>Modello di rilevazione</i> http://www.istat.it/strumenti/rispondenti/indagini/demosanitarie/</p> <p><i>Pubblicazioni ISTAT:</i> vedi Bibliografia</p> <p><i>Banca dati ISTAT:</i> Health for All – Italia http://www.istat.it/sanita/Health/</p> |
|-------------|---|

| | |
|------------------------|---|
| Note e commenti | <p>Cause multiple di morte: dai dati riferiti al 1995 è disponibile l'informazione relativa a tutte le cause riportate nel certificato di morte.</p> <p>L'Istituto Superiore di Sanità e l'Istat stanno realizzando un progetto di ricerca congiunto sulle cause multiple di morte.</p> |
|------------------------|---|

Tematiche di rilievo

| |
|---|
| <p>Mortalità: caratteristiche demografiche (speranza di vita e tassi specifici per età). Mortalità per causa: tassi relativi ad alcune cause di morte (es. cardiovascolari, tumori, accidenti, ecc.).</p> |
|---|

| | |
|--|----------------|
| Indicatori principali Da selezionare in base alla struttura dell'indice del rapporto | Formula |
|--|----------------|

| |
|--|
| <p>Potenzialità e limiti</p> <p>Potenzialità: l'indagine consente di analizzare tutti gli aspetti della mortalità al minimo dettaglio territoriale.</p> <p>Limiti: le statistiche di mortalità si basano sulla causa iniziale del decesso, pertanto per alcune cause di morte che non sempre vengono riportate come causa iniziale (es. diabete, malattia di Alzheimer) il numero di casi può essere sottostimato.</p> <p><u>Cause multiple di morte</u></p> <p>Potenzialità: sono molteplici e sono state evidenziate in alcuni lavori internazionali: è possibile studiare quelle malattie croniche che spesso non compaiono come cause iniziali (quali la Malattia di <i>Alzheimer</i>, il diabete, la polmonite); inoltre, esse contribuiscono allo studio della "co-morbilità", cioè dell'associazione tra condizioni che portano alla morte (per esempio esaminando la frequenza della co-presenza di malattie quali il diabete e le malattie ischemiche del cuore).</p> <p>Limiti: si tratta di "prevalenze" sottostimate in quanto le cause certificate dai medici sono solo quelle ritenute rilevanti ai fini del decesso.</p> |
|--|

Denominazione fonte

Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza (IVG)

| | | |
|--|---|---|
| Ente titolare | ISTAT | |
| Tipologia indagine | Amministrativa | |
| Copertura | Totale | |
| Unità di rilevazione | Istituto di cura autorizzato dal Ministero della Salute ad effettuare IVG | |
| Unità di analisi | Caso di IVG effettuato certificato dal medico che ha eseguito l'intervento | |
| Anni disponibili 1982-2005 | Periodicità Annuale | Dettaglio territoriale minimo Provincia |
| Principali variabili di classificazione | Età della donna, residenza, nascita, cittadinanza, stato civile, titolo di studio | |

| | |
|----------------------|--|
| Pubblicazioni | <p>Ministero della Salute (2006), Relazione sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza. Dati definitivi 2004. Dati provvisori 2005. Roma: Ministero della Salute</p> <p>ISTAT (anni vari), Statistiche della sanità, Collana Annuari, Roma.</p> <p>ISTAT (anni vari), L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia, Collana Informazioni, Roma.</p> <p>Loghi M. (2004), "Abortività volontaria e cittadinanza", in Conti C., Sgritta G.B., <i>Salute e società - Immigrazione e politiche socio-sanitarie. La salute degli altri</i>, Anno III, 2/2004.</p> <p>Spinelli A., Forcella E., Di Rollo S., Grandolfo M.E. (2006), <i>L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia</i>. Roma, Istituto Superiore di Sanità, 2006 (Rapporti Istituzionali 06/17): 115 p.</p> |
|----------------------|--|

| | |
|-------------|--|
| Link | <p><i>Modello di rilevazione</i> http://www.istat.it/strumenti/rispondenti/indagini/infosanita/2007/D12_07.pdf <i>Pubblicazione ISTAT:</i> http://www.istat.it/dati/catalogo/20060310_00/ <i>Pubblicazione Ministero:</i> http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_publicazioni_679_allegato.pdf <i>Banca dati ISTAT:</i> http://www.istat.it/sanita/Health/</p> |
|-------------|--|

Tematiche di rilievo

- 1) Andamento del fenomeno nel tempo
- 2) Abortività delle donne straniere

| | |
|---|--|
| Indicatori principali | Formola |
| 1) Tasso standardizzato di abortività volontaria | $\frac{IVG_{15-49}}{P_{15-49}^f} * 1000$ |
| 2) Tasso di abortività volontaria per cittadinanza (italiana e straniera) | $\frac{IVG_{18-49}}{P_{18-49}^f} * 1000$ |

| |
|--|
| Potenzialità e limiti |
| <p>1) Il tasso viene calcolato considerando le sole donne residenti per garantire omogeneità di informazione tra numeratore e denominatore. In tal caso però al numeratore vengono esclusi alcuni casi di IVG relativi principalmente alle donne straniere.</p> <p>2) L'utilizzo della cittadinanza come identificativo della donna straniera se da una parte ha il vantaggio di escludere le donne nate all'estero cittadine italiane e figlie di italiani, dall'altra può non includere le donne immigrate in Italia che hanno acquisito in seguito a matrimonio con cittadino italiano o altra motivazione la cittadinanza italiana. L'alternativa per identificare la donna straniera può essere il luogo di nascita che tuttavia presenta anch'esso degli svantaggi (ad esempio include le cittadine italiane, figlie di genitori italiani, nate all'estero). Ma in questo caso l'unico indicatore attualmente calcolabile sarebbe una percentuale e non tasso. Un problema rilevante per il tasso di abortività delle cittadine straniere è la disponibilità di denominatori attendibili e aggiornati.</p> |

Denominazione fonte

Dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo (AS)

| | | | |
|--|---|---|--|
| Ente titolare | ISTAT | | |
| Tipologia indagine | Amministrativa | | |
| Copertura | Totale | | |
| Unità di rilevazione | Istituto di cura dove è avvenuto l'evento | | |
| Unità di analisi | Caso di AS che ha necessitato di un ricorso presso un istituto di cura | | |
| Anni disponibili 1982-2005 | Periodicità Annuale | Dettaglio territoriale minimo Provincia | |
| Principali variabili di classificazione | Età della donna, residenza, nascita, cittadinanza, stato civile, titolo di studio | | |
| Pubblicazioni | ISTAT (anni vari), <i>Statistiche della sanità</i> , Collana Annuari, Roma. ISTAT (anni vari), <i>Dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo</i> , Collana Informazioni, Roma. | | |
| Link | <i>Modello di rilevazione</i> http://www.istat.it/strumenti/rispondenti/indagini/infosanita/2007/D11_07.pdf <i>Pubblicazione ISTAT</i> : http://www.istat.it/dati/catalogo/20060803_00/ <i>Banca dati ISTAT Health for All Italia</i> : http://www.istat.it/sanita/Health/ | | |
| Note e commenti | <p>I casi rilevati sono quelli che hanno necessitato un ricovero, anche se solo in day hospital, presso un istituto di cura. Pertanto i casi che si risolvono con un ricorso presso un ambulatorio oppure senza l'aiuto medico non vengono rilevati.</p> <p>L'indagine Istat ha la peculiarità di essere l'unica a livello europeo che raccoglie dati sugli AS. In genere le informazioni su <i>fetal loss</i> vengono desunti dalle schede di dimissione ospedaliera.</p> <p>In Italia l'AS viene definito come "interruzione involontaria di gravidanza entro il 180° giorno di gestazione, senza che il feto sia vitale". I casi avvenuti oltre il 180° giorno vengono registrati come nati morti (NM). Non c'è affatto omogeneità a livello internazionale nella scelta del limite gestazionale che individua gli AS e i NM. L'OMS propone di utilizzare il peso come fattore discriminante (soglia a 500gr) ma questa informazione in genere è disponibile solo per i nati e non per gli AS. Si potrebbe approssimare scegliendo come valore soglia 22 settimane di gestazione che corrispondono ad un feto di peso circa 500gr. I 180 giorni utilizzati in Italia corrispondono a quasi 26 settimane quindi sarebbe necessario ridurre questo valore soglia, anche perché con le attuali tecniche diagnostiche e di emergenza di riescono a far sopravvivere feti al di sotto di 26 settimane creando un paradosso: un feto nato vivo dopo meno di 180 giorni di gestazione, in caso di decesso rientra nei casi di mortalità perinatale mentre se nasce senza vitalità viene registrato come AS invece che NM.</p> | | |
| Tematiche di rilievo | | | |
| 1) Andamento del fenomeno nel tempo 2) Abortività spontanea per età | | | |
| Indicatori principali | Formula | | |
| 1) Rapporto standardizzato di abortività spontanea | $\frac{AS_{15-49}}{Nvivi_{15-49}} * 1000$ | | |
| 2) Rapporto di abortività spontanea per classi di età quinquennali | $\frac{AS_{x,x+5}}{Nvivi_{x,x+5}^f} * 1000$ | | |
| Potenzialità e limiti | | | |
| L'indicatore più appropriato per misurare il fenomeno dell'abortività spontanea sarebbe la <i>proporzione</i> ovvero il numero degli AS sul totale delle gravidanze (ottenuto come somma dei nati vivi + NM + AS + una parte delle IVG). Data la difficoltà di individuare il numeratore, convenzionalmente gli AS vengono rapportati solo ai nati vivi. | | | |

Denominazione fonte

Indagine sulle forze di lavoro

| | | |
|--|--|---|
| Ente titolare | ISTAT | |
| Tipologia indagine | Campionaria | |
| Copertura | 300.000 famiglie (800.000 individui), pari all'1,4% della popolazione complessiva nazionale | |
| Unità di rilevazione | Famiglia | |
| Unità di analisi | Componenti familiari | |
| Anni disponibili 1995-2006 | Periodicità Fino al 2004 svolta in una specifica settimana per ciascun trimestre, dal 2004 distribuita su tutte le settimane dell'anno | Dettaglio territoriale minimo Regione |
| Principali variabili di classificazione | Genere, età, titolo di studio, condizione professionale | |
| Pubblicazioni | ISTAT (vari anni), <i>Forze di lavoro</i> , Collana Annuari, Roma. | |
| Link | <i>Banca dati ISTAT Health for All Italia</i> : http://www.istat.it/sanita/Health/ http://www.istat.it/dati/catalogo/20070824_01/ | |
| Note e commenti | <p>La Rilevazione campionaria sulle forze di lavoro, condotta continuativamente dal 1959, è stata profondamente ristrutturata a partire dal 2004 negli aspetti contenutistici, definitivi, tecnici e organizzativi. La ristrutturazione, dettata in primo luogo dalla necessità di adeguare l'indagine ai nuovi standard comunitari, vuole anche rispondere alle accresciute esigenze conoscitive nonché all'obiettivo di miglioramento della qualità della rilevazione.</p> <p>In confronto al passato, i principali cambiamenti introdotti nel 2004 riguardano la periodicità dell'indagine, non più svolta in una specifica settimana per ciascun trimestre ma distribuita su tutte le settimane dell'anno; i criteri di classificazione degli individui secondo la condizione professionale; l'ampliamento dei contenuti informativi; il ricorso ad una rete di rilevazione professionale, composta da oltre 300 rilevatori¹; l'utilizzo di tecniche <i>computer-assisted</i> in sostituzione dei tradizionali modelli di rilevazione cartacei²; l'attivazione di un complesso sistema informativo-informatico che supporta lo svolgersi dell'indagine, dalla gestione delle interviste al monitoraggio della qualità del lavoro sul campo, dall'acquisizione per via telematica dei nominativi delle famiglie dai Comuni del campione alla gestione amministrativa della rete di rilevazione.</p> | |

Tematiche di rilievo

1) Livello di istruzione della popolazione; 2) Status occupazionale

| Indicatori principali | Formula |
|---|--|
| 1) % persone con titolo di studio elevato (dipl.sup.+laurea) per genere | $\frac{P(\text{dipl} + \text{laurea})_{M,F}}{P_{M,F}} * 100$ |
| 2a) Tasso di disoccupazione per genere | $\frac{Dis_{15-64}}{FL_{15-64}} * 100$ |
| 2b) Tasso di disoccupazione giovanile per genere | $\frac{Dis_{15-24}}{FL_{15-24}} * 100$ |
| Potenzialità e limiti | |

Denominazione fonte

Popolazione residente comunale straniera per sesso ed anno di nascita

Ente titolare ISTAT

Tipologia indagine Amministrativa

Copertura Totale

Unità di rilevazione Anagrafe comunale

Unità di analisi Iscrizione anagrafica

| | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|---|
| Anni disponibili 1992-2006 | Periodicità Annuale | Dettaglio territoriale minimo Provincia |
|--------------------------------------|-------------------------------|---|

Principali variabili di classificazione Genere, età, cittadinanza

Pubblicazioni ISTAT (1998), *La presenza straniera in Italia negli anni '90*, collana Informazioni n. 61, Roma.
ISTAT (vari anni), *La presenza straniera in Italia: caratteristiche demografiche*, Collana Informazioni, Roma.

Link <http://demo.istat.it>
Banca dati ISTAT Health for All Italia: <http://www.istat.it/sanita/Health/>
Link al modello di rilevazione
http://www.istat.it/strumenti/rispondenti/indagini/demosanitarie/2007/mod_p3.pdf

Note e commenti I dati sugli stranieri iscritti nelle anagrafi comunali consentono analisi più dettagliate sia sull'evoluzione dello stock che sulle componenti della dinamica degli stranieri residenti in Italia; contemporaneamente essi risentono delle mancate cancellazioni anagrafiche degli immigrati che lasciano il territorio nazionale per cui ne deriva una sovrastima sia del saldo migratorio che della quota di popolazione straniera realmente residente in Italia.
Mancano le informazioni sulla presenza degli stranieri irregolari. Il numero di questi ultimi ha subito importanti riduzioni in occasione delle ripetute "regolarizzazioni", basate su regole più o meno restrittive, ma successivamente tende ad aumentare anche per la mancanza di una politica ed una prassi migratoria sufficientemente realistica.

Tematiche di rilievo

- 1) Andamento temporale del numero dei cittadini stranieri residenti
- 2) Composizione per aree di cittadinanza

| | |
|---|--|
| Indicatori principali 1) Numero assoluto dei cittadini stranieri residenti per genere 2) % cittadini stranieri residenti per alcune aree di provenienza (Paesi a forte pressione migratoria) | Formula $\frac{CITT_{stra_{area}}}{CITT_{stra}} * 100$ |
|---|--|

Potenzialità e limiti

Denominazione fonte

Permessi di soggiorno al 1 gennaio

| | | |
|---|--|--------------------------------------|
| Ente titolare | Ministero dell'Interno | |
| Tipologia indagine | Amministrativa | |
| Copertura | Totale | |
| Unità di rilevazione | | |
| Unità di analisi | Richiesta di permesso di soggiorno | |
| Anni disponibili | Periodicità | Dettaglio territoriale minimo |
| 1992-2006 | Annuale | Provincia |
| Principali variabili di classificazione | Genere, età, stato civile, paese di provenienza | |
| Pubblicazioni | ISTAT (1998), <i>La presenza straniera in Italia negli anni '90</i> , collana Informazioni n. 61, Roma. ISTAT (vari anni), <i>La presenza straniera in Italia: caratteristiche demografiche</i> , Collana Informazioni, Roma. | |
| Link | http://demo.istat.it Banca dati ISTAT Health for All Italia: http://www.istat.it/sanita/Health/ | |
| Note e commenti | Si tratta di elaborazioni ISTAT su dati del Ministero dell'Interno Lo stock dei permessi di soggiorno a inizio anno è costituito dai permessi che alla data di riferimento risultano in vigore e da quelli che, seppur scaduti, vengono prorogati nei primi mesi del nuovo anno e pertanto sono riconducibili a cittadini stranieri da considerare regolarmente presenti. | |
| Tematiche di rilievo | | |
| 1) Andamento temporale del numero dei permessi di soggiorno 2) Composizione dei permessi di soggiorno per aree di provenienza | | |
| Indicatori principali | Formula | |
| 1) Numero assoluto dei permessi di soggiorno per genere 2) % permessi di soggiorno per alcune aree di provenienza (Paesi a forte pressione migratoria) | $\frac{Psogg_{area}}{Psogg} * 100$ | |
| Potenzialità e limiti | | |

Denominazione fonte

Infortunati sul lavoro, malattie professionali denunciati e indennizzati

Ente titolare INAIL

Tipologia indagine Amministrativa

Copertura Totale

Unità di rilevazione Denuncia di infortunio o malattia

Unità di analisi Casi di infortuni e malattie professionali definiti e indennizzati

Anni disponibili
1951-2006

Periodicità
Continua

Dettaglio territoriale minimo
Provincia

Principali variabili di classificazione Età, genere, paese di nascita, industria, servizi, agricoltura, rischio, tipo di azienda

Pubblicazioni Rapporti annuali INAIL dal 1999 al 2006
Rapporti annuali regionali INAIL dal 1999 al 2006
“Statistiche storiche” (volume unico edito nel 1983 in occasione del Centenario INAIL)
“Notiziario statistico” (volumi trimestrali editi dal 1951)
“Le condizioni della donna infortunata sul lavoro nella società” Rapporto CER 2000

Link

www.inail.it/statistiche/statistiche.htm

<http://bancadati.inail.it/prevenzionale/>

http://www.inail.it/Portale/appmanager/portale/desktop?_nfpb=true&_pageLabel=PAGE_STATISTICHE&nextPage=Andamento_Infortunistico/index.jsp

Note e commenti

Tematiche di rilievo

Infortunati sul lavoro e malattie professionali per genere

Indicatori principali

- 1) FREQUENZA RELATIVA (x 1000 addetti): rapporto tra eventi lesivi indennizzati (integrati per tenere conto dei casi non ancora liquidati) e numero degli esposti.
- 2) RAPPORTO DI GRAVITA' (x addetto): rapporto tra le conseguenze degli eventi lesivi indennizzati (integrati per tenere conto dei casi non ancora liquidati) e numero degli esposti.

Potenzialità e limiti

Denominazione fonte

Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

| | | |
|--|--|--|
| Ente titolare | Ministero della Salute | |
| Tipologia indagine | Amministrativa | |
| Copertura | Totale | |
| Unità di rilevazione | Istituto di ricovero e cura pubblico o privato | |
| Unità di analisi | Evento dimissione a seguito di ricovero ospedaliero, in regime ordinario o DH | |
| Anni disponibili <i>online</i> 2001-2005 | Periodicità Annuale | Dettaglio territoriale minimo ASL |
| Principali variabili di classificazione | Dati anagrafici del paziente (genere, età, comune di nascita e residenza, cittadinanza, stato civile); diagnosi alla dimissione e procedure/interventi chirurgici effettuati durante il ricovero; causa esterna in caso di trauma | |
| Pubblicazioni | Ministero della Salute – D.G. della Programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema – Ufficio VI, Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2004. Studi e dossier http://www.ministerosalute.it/programmazione/sdo/sezDocumenti.jsp?label=stu | |
| Link | <i>Regolamento del flusso informativo SDO:</i> DM 27 ottobre 2000, n°380 http://www.ministerosalute.it/programmazione/resources/documenti/sdo/2004/allegato_03_normativa.pdf <i>Pubblicazioni annuali ed informazioni generali:</i> http://www.ministerosalute.it/programmazione/sdo/sdo.jsp <i>Banca dati:</i> http://www.ministerosalute.it/programmazione/sdo/bancaDati.jsp | |
| Note e commenti | Analisi temporali delle donne dimesse da strutture ospedaliere con patologie riconducibili alle seguenti aree di interesse: Malattie cardiovascolari Oncologia Malattie psichiche e disturbi alimentari Malattie a trasmissione sessuale Malattie neurovegetative Tematiche riproduttive Menopausa Cause esterne dei traumatismi Indicatori di appropriatezza clinica: frequenza di parti cesarei, isterectomie | |
| Indicatori principali | 1) Tasso standardizzato delle donne dimesse a seguito di ricovero ospedaliero, con codici specifici di diagnosi (ICD-9-CM) | Formula $\frac{\text{Dimissioni}_{\text{ordinario}}^f}{P^f} * 1.000$ $\frac{\text{Dimissioni}_{\text{dh}}^f}{P^f} * 1.000$ |
| Potenzialità e limiti | 1) Per causa esterna si intende l'evento che ha generato il traumatismo, (categorie 800-904 e 910-995 della classificazione ICD-9-CM). Le cause esterne da indicare sono: infortunio sul lavoro infortunio in ambiente domestico incidente stradale violenza altrui autolesione o tentativo di suicidio altro tipo di incidente o intossicazione Questa informazione non è però sempre presente nei casi di imprevisti. 2) Questa fonte di dati non comprende le visite e prestazioni di pronto soccorso effettuate nell'ospedale. 3) Questa fonte di dati non comprende le visite e prestazioni ai non ricoverati. | |

Denominazione fonte

Certificato di assistenza al parto (CEDAP)

| | | |
|--|--|---|
| Ente titolare | Ministero della Salute | |
| Tipologia indagine | Amministrativa | |
| Copertura | Totale | |
| Unità di rilevazione | Evento parto | |
| Unità di analisi | Il certificato di assistenza al parto sia che esso avvenga in struttura ospedaliera, a domicilio o altrove | |
| Anni disponibili 2002-2005 | Periodicità Annuale | Dettaglio territoriale minimo ASL |
| Principali variabili di classificazione | Età, residenza, cittadinanza, condizione professionale, titolo di studio, stato civile del padre e della madre. Tipologia di punto nascita | |
| Pubblicazioni | <ul style="list-style-type: none"> - Ministero della Salute – DG del Sistema Informativo – Ufficio di direzione statistica – Certificato di assistenza al parto (CEDAP): analisi dell’evento nascita – Anno 2002, 2003, 2004. - Osservasalute - Ministero della salute - Relazione al Parlamento del Ministro della Salute sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (legge 19 febbraio 2004, n. 40, articolo 15): anno 2006 | |
| Link | <i>Pubblicazioni annuali ed informazioni generali:</i> http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_642_allegato.pdf | |
| Note e commenti | La fonte consente l’analisi dell’evento parto nel suo complesso: storia riproduttiva della donna, decorso della gravidanza, informazioni sulla modalità del parto e informazioni sulle caratteristiche del neonato. | |
| Indicatori principali | Formula | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1) Visite di controllo in gravidanza per decorso della gravidanza 2) Percentuale esami diagnostici in gravidanza (amniocentesi, villi coriali, ecografie, fetoscopia) 3) Età media al primo figlio 4) Età media e mediana al parto 5) Percentuale di nati pre-termine e fortemente pre-termine 6) Percentuale di parti con taglio cesareo secondo la presentazione del feto 7) Percentuale di parti vaginali dopo precedente parto con taglio cesareo 8) Percentuale di parti con procreazione medicalmente assistita 9) Natimortalità 10) Distribuzione dei nati secondo il peso alla nascita 11) Distribuzione dei nati secondo il punteggio APGAR 12) Distribuzione percentuale delle malformazioni riscontrabili alla nascita | | |
| Potenzialità e limiti | Questa fonte non comprende i dati delle Regioni Calabria e Molise | |

Denominazione fonte

Sistema di Monitoraggio Prescrizioni (SMP)

| | | |
|--|---|---|
| Ente titolare | Ministero della Salute | |
| Tipologia indagine | Amministrativa | |
| Copertura | Totale | |
| Unità di rilevazione | Struttura sanitaria | |
| Unità di analisi | Prescrizioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali e farmaceutiche | |
| Anni disponibili 2004-2006 | Periodicità Annuale | Dettaglio territoriale minimo ASL |
| Principali variabili di classificazione | età, genere, residenza, cittadinanza; | |
| Pubblicazioni | | |
| Link | | |
| Note e commenti | La fonte informativa consente l'analisi secondo l'età e il genere dell'assistenza specialistica ambulatoriale e farmaceutica. In particolare è possibile l'analisi secondo la tipologia di prescrizione (tipo di prescrittore, posizione del cittadino nei confronti del ticket, motivo dell'esenzione), secondo la tipologia di prestazione (per le prestazioni ambulatoriali è disponibile il dettaglio per branca specialistica o disciplina; per le prestazioni farmaceutiche il dettaglio è disponibile per singolo AIC o ATC) | |
| Indicatori principali | Formula | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Percentuale di prestazioni specialistiche per singola branca sul totale delle prestazioni secondo il genere e l'età ▪ Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali per abitante per età e genere ▪ Valore medio delle prestazioni specialistiche ambulatoriali secondo l'età e il genere ▪ Percentuale di prestazioni farmaceutiche per singolo gruppo ATC sul totale delle prestazioni secondo il genere e l'età ▪ Numero di prestazioni farmaceutiche per abitante per età e genere ▪ Valore delle prestazioni farmaceutiche per abitante per età e genere | | |
| Potenzialità e limiti | | |
| <p>Per quanto riguarda l'assistenza specialistica ambulatoriale, i dati consentono di analizzare il ricorso alle visite cliniche, alle indagini di diagnostica per immagini e agli esami di laboratorio con riferimento al genere e all'età del paziente. Inoltre, potendo scendere ad un livello di dettaglio fino alla singola tipologia di prestazione del nomenclatore tariffario sarebbe possibile analizzare il ricorso a prestazioni particolari per avere informazioni indirette su determinati bisogni assistenziali. Infine si potrebbe stimare il costo delle prestazioni erogate attraverso la valorizzazione tariffaria.</p> <p>L'analisi dei dati potrà fornire anche l'indicazione relativa alla tipologia della struttura erogatrice (pubblica o privata convenzionata).</p> <p>Per quanto riguarda invece l'assistenza farmaceutica, l'analisi potrebbe essere orientata ad evidenziare il diverso consumo di farmaci secondo l'età e il genere. Anche in questo caso oltre l'informazione quantitativa del consumo di farmaci può essere fornita una valorizzazione in termini economici di tale consumo.</p> <p>I limiti sono rappresentati dal grado di completezza; si tratta infatti di una rilevazione che vede attualmente coinvolte solo 14 Regioni</p> | | |

Denominazione fonte

Progressi nelle aziende sanitarie per la salute in Italia (PASSI)

Ente titolare CNESPS - Istituto Superiore di Sanità

Tipologia indagine 2005_2006 Studio trasversale
2007- Sistema di sorveglianza

Copertura 2005-2006 parziale (Alcune Regioni e pool di asl)
2007-(Regionale)

Unità di rilevazione Azienda Sanitaria locale

Unità di analisi Individuo residente nell'ASL di età compresa fra 18-69 anni

| Anni disponibili | Periodicità | Dettaglio territoriale minimo |
|------------------|-------------|-------------------------------|
| 2005-2006 | Annuale | ASL |
| 2007- | Annuale | ASL |

Principali variabili di classificazione Età della donna, Comune di residenza, cittadinanza, stato civile, titolo di studio

Pubblicazioni

1. Gruppo Tecnico di Coordinamento del Progetto di sperimentazione del Sistema di Sorveglianza PASSI. "Sistema di sorveglianza PASSI. Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia." Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2007 (Rapporti ISTISAN 07/30)
2. Bertozzi N. et al. "La Sperimentazione di un sistema di sorveglianza per la salute pubblica: lo studio PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)", in: Rapporto Osservasalute 2006 – Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle Regioni Italiane. A cura dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, pg. 63-64
3. Gallo T, et al. "La diffusione dell'attività di diagnosi precoce in Italia per lo screening cervicale, mammografico e coloretale (Studio PASSI, 2005)". Quinto Rapporto dell'Osservatorio nazionale screening 2006. A cura di Rosselli Del Turco M, Zappa M. pg. 140-6
4. Gallo T, et al. "La vaccinazione antirosolia in Italia: i risultati dello studio Passi". Bollettino Epidemiologico Nazionale - Not Ist Super Sanità 2006; 19 (4)
5. Trinito MO, et al. "Analisi di alcuni fattori di rischio cardiovascolari nella popolazione delle Asl partecipanti allo studio Passi". Bollettino Epidemiologico Nazionale - Not Ist Super Sanità 2006; 19 (3)
6. Fateh-Moghadam P, et al. "Livelli di attività fisica e counselling dei medici nella popolazione delle Asl partecipanti allo studio Passi". Bollettino Epidemiologico Nazionale - Not Ist Super Sanità 2006; 19 (9)
7. Bietta C, et al. "Abitudine al fumo: i dati delle 123 Asl dello studio Passi". Bollettino Epidemiologico Nazionale - Not Ist Super Sanità 2006; 19 (1)

Link <http://www.epicentro.iss.it/passi/>

Note e commenti

Principali indicatori

Screening Oncologici :

1. Prevalenza di donne che hanno eseguito una mammografia/pap-test (nella vita o negli ultimi anni come raccomandato)
2. % di donne che hanno ricevuto un consiglio da un operatore sanitario di effettuare uno screening
3. % di donne che hanno ricevuto un invito dalla ASL ad effettuare uno screening
4. Principale motivazione per eseguire il test di screening

Vaccinazione Antirosolia:

1. % di donne vaccinate per la rosolia
2. % di donne immuni alla rosolia

Abitudine al Fumo:

1. % di donne fumatrici

| |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 2. % di donne che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere di fumare 3. Principali modalità di interruzione dell'abitudine al fumo 4. Confronto di genere |
| <p>Stato Nutrizionale:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. % di donne in eccesso ponderale 2. % di donne che hanno ricevuto un consiglio da un operatore sanitario sul diminuire, aumentare o mantenere il proprio peso 3. % di donne in eccesso ponderale a cui è stato consigliato un trattamento per perdere o mantenere il proprio peso 4. Confronto di genere |
| <p>Rischio Cardiovascolare :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. % di donne a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare 2. Prevalenza di ipertensione/ipercolesterolemia (autoriferita) 3. Principali misure adottate per combattere l'ipertensione/ipercolesterolemia 4. Confronto di genere |
| <p>Sicurezza stradale :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. % di donne che usano la cintura anteriore/ posteriore durante la guida dell'auto 2. % di donne che usano il casco viaggiando in moto 3. Comportamenti a rischio nella guida (sotto l'effetto dell'alcol) 4. Confronto di genere |
| <p>Alcol:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. % di consumo alcolico a rischio nelle donne 2. % di donne che hanno ricevuto un consiglio da un operatore sanitario sull'assunzione corretta di bevande alcoliche |

Potenzialità e limiti

Potenzialità:

- Il campionamento è rappresentativo a livello di ASL
- L'utilizzo del personale sanitario delle ASL, appositamente formato, per la somministrazione del questionario, facilita la comprensione delle domande e l'attendibilità delle risposte
- A partire dal 2007, con la trasformazione a Sistema di Sorveglianza, la raccolta dei dati nelle ASL ha una cadenza mensile permettendo di seguire in modo tempestivo l'evoluzione dei fenomeni

Limiti:

- I dati dell'indagine sono riferiti, per alcune variabili questo può comportare una sotto o sovra stima
- L'indagine del 2005 e del 2006 non è rappresentativa di tutta la popolazione Nazionale, anche se in 14 Regioni sono possibili stime regionali attendibili
- Lo studio riguarda solo la popolazione adulta fino a 69 anni, escludendo l'infanzia, l'adolescenza e la popolazione anziana

2. Banche dati internazionali

Banca dati

Portale della Salute pubblica dell'UE

| | |
|-------------------------------|--|
| Ente titolare | European Commission |
| Informazioni presenti | Dati sanitari e informazioni sulle attività europee ed internazionali in ambito sanitario. Un' intera sezione, distinta in aree tematiche, è dedicata alla donna nelle diverse fasi della vita (Salute pubblica, Politica sociale, Indicatori CE della salute, Informazioni sanitarie, Ricerca) |
| Serie storica | Varia a seconda delle tematiche; si possono avere dati fino al 2006 |
| Dettaglio territoriale | UE - 27 |
| Link | http://ec.europa.eu/health-eu/index_it.htm |

Banca dati
Public Health data (EUROSTAT)

| | |
|----------------------|---------------------|
| Ente titolare | European Commission |
|----------------------|---------------------|

| | |
|------------------------------|--|
| Informazioni presenti | Indicatori strutturali di salute Cause di decesso Spese sanitarie Sistemi di cura Risorse e pazienti Stato di salute della popolazione Indicatori ed indagini Salute e sicurezza sul lavoro |
|------------------------------|--|

| | |
|----------------------|------------------------------------|
| Serie storica | Dati disponibili fino al 2004/2006 |
|----------------------|------------------------------------|

| | |
|-------------------------------|---------|
| Dettaglio territoriale | UE - 27 |
|-------------------------------|---------|

| | |
|-------------|---|
| Link | http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal |
|-------------|---|

Banca dati

European statistics on accidents at work (ESAW)

| | |
|-------------------------------|---|
| Ente titolare | European Commission |
| Informazioni presenti | Dati su incidenti gravi o fatali sul lavoro raccolti dai database delle assicurazioni pubbliche o private contro gli infortuni sul lavoro dei singoli Stati europei e da altre rilevanti Autorità nazionali per i Paesi che hanno un sistema di prevenzione nazionale |
| Serie storica | Per EU-15: 1994-2004 Per i nuovi Stati Membri 1998 - 2004 e, per alcuni 1994-2004 Cipro 1999-2004. Per alcuni nuovi Stati Membri i dati di genere sono disponibili solo dal 2001. |
| Dettaglio territoriale | EU-27, Norvegia, Turchia, Stati Uniti, Giappone |
| Link | http://ec.europa.eu/employment_social |

Banca dati Health Data

Ente titolare Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE)
Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)

Informazioni presenti OECD mette a confronto statistiche e dati economici e sociali dei 30 Paesi Membri. Attraverso OECD.stat è possibile effettuare delle simulazioni di aggregazione di dati selezionando tema, paesi, indicatori e anno

Serie storica Fino al 2006

Dettaglio territoriale Singolo Paese che alimenta la banca dati:
Australia Austria Belgio Canada Corea Danimarca Finlandia Francia Germania Giappone Gran Bretagna Grecia Irlanda Islanda Italia Lussemburgo Messico Norvegia Nuova Zelanda Paesi Bassi Polonia Portogallo Repubblica Ceca Repubblica Slovacca Spagna Svezia Svizzera Stati Uniti Ungheria Turchia

Link <http://www.oecd.org/health/healthataglance>

Note
Il Ministero della salute ha accesso alla banca dati "ECO-SALUTE". La banca dati è corredata di informazioni per un corretto raffronto degli indicatori tra i singoli Paesi

Banca dati

European Health for all database

| | |
|-------------------------------|---|
| Ente titolare | World Health Organisation |
| Informazioni presenti | Database contenente 600 indicatori relativi allo stato di salute, determinanti della salute e cure sanitarie in 53 Paesi europei membri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità |
| Serie storica | Fino al 2006 |
| Dettaglio territoriale | 193 Stati Membri |
| Link | http://www.euro.who.int/hfadb |

Banca dati

World Health Report

Ente titolare World Health Organisation

Informazioni presenti

WHO Statistical Information System (WHOSIS)
Statistiche Nazionali basate su 50 indicatori sulla mortalità, morbilità, fattori di rischio, copertura dei servizi e sistemi sanitari

WHO Global InfoBase Online
Dati su malattie croniche e i loro fattori di rischio per tutti gli Stati Membri dell'OMS

Global Health Atlas
Dati standardizzati e statistiche per le malattie infettive a livello nazionale, regionale e locale

Regional statistics
Informazioni statistiche dagli Uffici Regionali dell'OMS
I Report annuali illustrano questioni di salute globale facendo riferimento ai dati di tutti i Paesi Membri e focalizzando l'attenzione su tematiche specifiche

Serie storica Fino al 2006

Dettaglio territoriale 193 Stati Membri

Link <http://www.who.int/research>

Banca dati

Gender equality in the world of work data

| | |
|----------------------|---|
| Ente titolare | International Labour Organization (ILO) |
|----------------------|---|

| | |
|------------------------------|--|
| Informazioni presenti | Dati relativi alle seguenti tematiche: Equal employment opportunities Family friendly policies Gender and crisis response Gender and decent work Gender and education Gender and globalization Gender and HIV/AIDS Gender and microfinance Gender and migration Gender and skills training Gender and trade unions Gender-based violence Gender equality Gender mainstreaming Gender wage gap Girls and labour Men and masculinities Sex discrimination Trafficking in women and children Women entrepreneurs Women in management |
|------------------------------|--|

| | |
|----------------------|--------------|
| Serie storica | Fino al 2006 |
|----------------------|--------------|

| | |
|-------------------------------|---|
| Dettaglio territoriale | Africa, Asia, Europa, America Latina, Medio Oriente, Nord America |
|-------------------------------|---|

| | |
|-------------|---|
| Link | http://www.ilo.org/public/english/support/lib/resource/subject/gender.htm |
|-------------|---|

3. Altre fonti

Denominazione fonte Health Search/Thales

| | | | |
|--|---|--|--|
| Ente titolare | | Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) | |
| Tipologia indagine | | Banca dati di medicina generale | |
| Copertura | | 1.3% della popolazione totale, omogeneamente distribuita in ogni macroarea geografica. | |
| Unità di rilevazione | | Ambulatori dei MMG | |
| Unità di analisi | | Cartelle cliniche compilate dai MMG sui problemi citati | |
| Anni disponibili | Periodicità | Dettaglio territoriale minimo | |
| 2002-6 | A richiesta | Regione | |
| Principali variabili di classificazione | | Età della donna, nascita, cittadinanza, terapie farmacologiche in atto, comorbidità. | |
| Pubblicazioni | <p>Autori: Mazzaglia G, Mantovani LG, Sturkenboom MC, Filippi A, Trifiro G, Cricelli C, Brignoli O, Caputi AP.</p> <p>Titolo: Patterns of persistence with antihypertensive medications in newly diagnosed hypertensive patients in Italy: a retrospective cohort study in primary care.</p> <p>Rivista: J Hypertens. 2005 Nov;23(11):2093-100</p> <p>Autori: Filippi A, Vanuzzo D, Bignamini AA, Mazzaglia G, Cricelli C, Catapano AL.</p> <p>Titolo: The database of Italian general practitioners allows a reliable determination of the prevalence of myocardial infarction.</p> <p>Rivista: Ital Heart J. 2005 Apr;6(4):311-4.</p> <p>Autori: Fabiani L, Scatigna M, Panopoulou K, Sabatini A, Sessa E, Donato F, Marchi M, Nardi R, Nicolai C, Samani F, Ventriglia G.</p> <p>Titolo: Health Search: istituto di ricerca della società italiana di medicina generale: la realizzazione di un database per la ricerca in medicina generale.</p> <p>Rivista: Epidemiol & Prev 2004; 28: 156-162</p> <p>Autori: Filippi A, Buda S, Brignoli O, Cricelli C, Degli Esposti E.</p> <p>Titolo: Global cardiovascular risk evaluation in Italy: a cross sectional survey in general practice.</p> <p>Rivista: It Heart J 2004; 5: 223-7</p> <p>Autori: Gelatti U, Samani F, Donato F, Covolo L, Mazzaglia G, Cremaschini F, Simon G, Leggieri G, Balestrieri M.</p> <p>Titolo: Health-related quality of life in older people using benzodiazepines: a cross-sectional study.</p> <p>Rivista: Ann Ig. 2006 Jul-Aug;18(4):313-26.</p> | | |
| Link | www.healthsearch.it www.simg.it | | |
| Note e commenti | | | |
| Principali indicatori | <p>1) Tasso standardizzato di visite causa-specifica (farmaci, accertamenti, visite specialistiche) dei MMG per IMA, diabete, osteoartrosi, depressione maggiore, Ipertensione per genere; 2) Tasso di standardizzato sul consumo dei farmaci cardiovascolari per IMA, diabete, Ipertensione per genere</p> <p>Tasso specifico per età per le stesse specifiche precedenti</p> | | Formula |
| | | | $TSD = (\sum T_i N_i / \sum N_i) * K$, dove TSD = tasso standardizzato diretto; T_i = tasso età specifico; N_i = numerosità in ciascuna classe i-esima d'età; Σ = sommatoria per classi d'età; K = solitamente 100.000 $T_i = (N_i / popolazione_i) * 100000$ |

Potenzialità e limiti

Per gli studi epidemiologici vengono selezionati dal network i MMG che registrano meglio i dati dei pazienti, secondo i seguenti criteri:

- Accuratezza: % di diagnosi codificate, % di prescrizioni legate alle diagnosi, differenza tra la prevalenza di patologie croniche comuni rilevata nella popolazione di ogni MMG rispetto alla prevalenza rilevata nel campione complessivo dei ricercatori
- Completezza: % di dati di prevenzione registrati (i.e. fumo, BMI, colesterolo totale, PA), differenza tra la mortalità rilevata nella popolazione di ogni MMG rispetto ai dati ufficiali dell'ISTAT, percentuale di dati di laboratorio registrati
- Frequenza di registrazione: N° visite giornaliere registrate standardizzate per la numerosità degli assistiti, N° anni di permanenza dentro il database.

Health Search database presenta dei limiti che sono:

- Generalizzabilità: in quanto non sono inclusi soggetti pediatrici e la rappresentatività su base regionale e locale è da migliorare.
- Record linkage: l'utilizzo del codice del paziente criptato non permette automaticamente il linkage con altre fonti dati
- Assenza di alcune informazioni: stato socio-economico, mortalità causa-specifica, informazioni sui ricoveri (i.e. DRG, test effettuati, prescrizioni intra-ospedaliere).

Progetto cuore

Obiettivo Fa parte del progetto Eurociss (European Cardiovascular Indicators Surveillance Set) che ha l'obiettivo di individuare indicatori per monitorare le malattie cardiovascolari e fornire raccomandazioni per valutarne la distribuzione e l'impatto in Europa. È stato avviato nel 2000 da un gruppo di paesi dell'Unione Europea ed è finanziato dalla Commissione Europea nell'ambito del Health Monitoring Programme.

Ente responsabile del progetto CNESPS-Istituto Superiore di Sanità

Istituti/Enti/Soggetti partecipanti Istituto Superiore di Sanità, Ministero della Salute-CCM, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università Federico II, Napoli, Agenzia Regionale della Sanità del Friuli Venezia Giulia, Udine, Laboratorio di Epidemiologia Genetica e Ambientale. Laboratori di Ricerca. Università Cattolica, Campobasso

Link [http:// www.cuore.iss.it](http://www.cuore.iss.it)

Principali variabili di classificazione età, genere

Anni disponibili 1998-2002 studio trasversale
1998-1999;2003 registro
1983-2002 studio longitudinale

Dati disponibili Il Progetto Cuore è composto da tre linee:

1. distribuzione dei fattori, delle condizioni a rischio e della prevalenza delle malattie cardiovascolari (Infarto miocardico, angina pectoris, ictus, arteriopatia obliterante, fibrillazione atriale, ipertrofia ventricolare sin) in campioni di popolazione italiana di età 35-74 anni dislocati in tutte le regioni (1 campione ogni 1.5 milioni di abitanti); si tratta di una health examination survey dedicata alla valutazione di misure antropometriche, pressione arteriosa, assetto lipidico, nonché di abitudini di vita (alimentazione, attività fisica e fumo). Tra le condizioni a rischio, merita indicazione su sovrappeso e obesità, misurate adottando procedure e metodologie standardizzate. In Italia non esiste un sistema di sorveglianza nazionale del fenomeno. L'unica fonte di dati che coinvolge tutto il territorio nazionale è l'indagine multiscopo condotta dall'ISTAT sulle famiglie. In corso è lo studio PASSI promosso dal Ministero della Salute.
2. registro di popolazione degli eventi coronarici e cerebrovascolari: sorveglianza di otto aree italiane per la raccolta degli eventi coronarici e cerebrovascolari nella fascia di età 35-74 anni per la stima del tasso di attacco e della letalità a livello nazionale
3. studio longitudinale: uomini e donne di età 35-69 anni per la predizione delle malattie cardiovascolari nei due generi a partire dalla conoscenza dei seguenti fattori di rischio: età, colesterolemia totale e HDL, pressione arteriosa ed eventuale terapia antipertensiva, diabete, abitudine al fumo di sigarette. Questo studio, primo in Italia che ha incluso nell'osservazione le donne, è stato quello che ha permesso la costruzione delle carte del rischio e del punteggio individuale adottate nella pratica clinica in prevenzione primaria per la valutazione del rischio e per stabilire la rimborsabilità delle statine.

Indicatori Tasso di attacco, Letalità, Incidenza, Mortalità, Prevalenza

Potenzialità e limiti Le tre linee di ricerca sono complementari e le informazioni disponibili permettono di delineare un quadro articolato dello stato di salute delle donne adulte e di delineare la situazione italiana sulle malattie cardiovascolari e metaboliche delle donne. Trattandosi di campioni di popolazione estratti dalle liste comunali le informazioni disponibili non riguardano le donne immigrate non residenti.

Progetto ESEMeD

| | |
|--|---|
| Obiettivo | L'obiettivo è quello di fornire un quadro della frequenza dei disturbi mentali nella popolazione italiana, delle relazioni tra di loro, della loro associazione con i possibili fattori di rischio e trattamenti ricevuti. |
| Ente responsabile del progetto | CNESPS-Istituto Superiore di Sanità |
| Istituti/Enti/Soggetti partecipanti | OMS, Università di Harvard |
| Link | |
| Principali variabili di classificazione | Genere, età, stato civile, scolarità, occupazione, residenza, uso dei servizi, uso di farmaci |
| Anni disponibili | Gennaio 2002 – luglio 2003 |
| Dati disponibili | Prevalenza di disturbi mentali Prevalenza di disturbi depressivi Comorbidità dei disturbi depressivi Disabilità Stato di salute auto percepito e qualità della vita Ricorso ai servizi sanitari Uso di psicofarmaci |
| Indicatori | |
| Potenzialità e limiti | Diffusione della conoscenza su prevalenza dei disturbi mentali nelle donne e della disabilità ad essi associata. Diffusione di raccomandazioni per l'applicazione di buone pratiche per il miglioramento dell'assistenza e delle cure da parte dei servizi |

Conclusioni

A cura di

Maura Cossutta, Vice Presidente della Commissione “Salute delle donne”

La Commissione “Salute delle donne” è stata un’esperienza straordinaria.

Vorrei innanzitutto ringraziare per questo tutte le donne che ne hanno fatto parte, numerose, autorevoli, espressione delle competenze professionali ma anche dell’associazionismo. Le donne che sono state nominate con il decreto del Ministro della Salute Livia Turco, ma anche le esperte che poi si sono aggiunte e anche tutte le collaboratrici, che hanno permesso di terminare questo primo *step* del nostro lavoro.

Abbiamo lavorato insieme facendo – come si dice - di necessità virtù, imparando a utilizzare - per molte, per la prima volta – strumenti informatici come la *web community* come principale mezzo di comunicazione tra noi. Avremmo certo tutte desiderato incontrarci più spesso, in assemblea plenaria e anche con frequenti riunioni dei sette gruppi di lavoro, perché ben sappiamo che i momenti di confronto e di scambio diretto sono passaggi insostituibili della costruzione di un percorso collettivo. E questo vale sempre, ma ancora di più per le donne. Ma il netto ridimensionamento delle risorse finanziarie a nostra disposizione, insieme al numero elevato delle componenti la Commissione, ha costituito un impedimento insormontabile.

Ritengo, comunque, che alla fine il sentimento di soddisfazione prevalga, perché siamo riuscite non solo a tenerci in contatto, ma anche ad allargare la platea delle partecipanti. Documenti in rete, commenti, sollecitazioni. E attorno ai lavori della nostra Commissione si è sviluppata attenzione, curiosità, voglia di collaborare, di esserci. Abbiamo scelto di non “sprecare” nessun talento, nessuna competenza, passione, comunicando anche iniziative e appuntamenti che ci venivano presentati dall’esterno.

Ed è questo un primo risultato importante che abbiamo ottenuto. La Commissione salute delle donne è diventata un punto di riferimento non solo per l’attività dei Dipartimenti del Ministero della Salute, ma anche nel dibattito fuori da qui, tra gli operatori, tra le donne. Credo dobbiamo per questo sentirci orgogliose, per aver rappresentato qualcosa di cui vi era necessità e per aver saputo intercettare un’aspettativa tanto diffusa quanto ancora troppo inascoltata.

La salute delle donne come grande priorità – così ha cominciato il suo mandato Livia Turco. E dietro questa affermazione si evidenziava un approccio di tipo strategico, politico e culturale insieme. Quello per cui la promozione della salute delle donne è fattore e condizione di promozione della salute di tutta la popolazione e si colloca all’interno di una vera strategia di politiche pubbliche, sanitarie ma anche non sanitarie, di promozione della salute, in coerenza con le raccomandazioni di tutte le Conferenze Internazionali sulla salute, dell’Unione Europea, dell’Organizzazione Mondiale della Sanità.

Un approccio che ribadiva che la salute delle donne è misura della qualità e dell’equità del sistema sanitario, ma anche molto di più. E’ il vero paradigma del livello di civiltà di un paese.

La Commissione Salute delle donne è nata da questo *input*, sotto lo slancio di un investimento che fosse capace da una parte di riconfermare il valore del modello pubblico e universalistico del nostro sistema di *welfare*, ma dall’altra anche di introdurre necessarie innovazioni e cambiamenti. Una necessità di sistema, quindi, ineludibile, che comporta l’attivazione di interventi e azioni coerenti, nella individuazione degli obiettivi, nelle scelte

programmatorie, nell'organizzazione e nelle modalità operative dei servizi, ma anche nei contenuti delle professionalità.

L'approccio di genere alla salute inteso, quindi, come punto di partenza di questo cambiamento, capace di ricollocare e ridefinire l'intero contesto, a partire dal sistema informativo, dalla raccolta e valutazione dei dati ma anche dei risultati, fino allo studio dell'epidemiologia, degli approcci assistenziali e terapeutici e anche della ricerca.

Infatti, nonostante le dichiarazioni formali delle istituzioni nazionali e internazionali, nonostante le numerose evidenze scientifiche, ancora oggi la salute delle donne è considerata sì un ambito privilegiato di intervento della sanità pubblica, ma scarso è l'investimento sul valore dell'approccio di genere come contenuto necessario di cambiamento. Ritardi, pregiudizi, stereotipi, confusioni rispetto alla definizione di sesso e genere comportano, nei fatti, o una sottovalutazione o peggio una svalutazione di questo tema.

Per questo abbiamo voluto ribadire che non è sufficiente affermare che il diritto alla salute è un diritto umano fondamentale, per garantire che lo sia anche per le donne. Non è sufficiente condividere che il diritto alla salute è diritto allo sviluppo, che la promozione della salute deve incidere sui determinanti economico-sociali, che l'efficacia delle azioni deve essere misurata dalla promozione dell'*empowerment* delle persone, per garantire che la riduzione delle disuguaglianze comprenda anche quelle di genere. Non è sufficiente ispirarsi al modello sociale di salute, per garantire che il genere venga assunto come determinante essenziale di salute.

Ancora oggi le inequità di genere sono automaticamente inserite all'interno del capitolo più generale delle inequità sociali, culturali. E quando vengono riscontrate differenze tra donne e uomini, queste sono statisticamente analizzate soltanto rispetto alle differenze biologiche, legate al sesso. Differenze sì, ma o legate alla specifica condizione sociale, culturale delle donne, oppure legate alla naturalità delle variabili ormonali, biologiche. Differenze biologiche e differenze di genere devono invece essere lette insieme e insieme considerate in ogni programma che riguarda la salute, sottolineando che il genere è una costruzione sociale, che va ben oltre le differenze biologiche e fisiologiche che definiscono uomini e donne, che legge le differenze imposte dalla cultura dominante di una società, dai ruoli sociali, dagli assetti di potere nelle relazioni tra uomini e donne. L'approccio di genere alla salute deve quindi essere pienamente assunto, condividendone tutte le implicazioni, quelle di leggere come intrecciate e interdipendenti le disuguaglianze nei diritti economici e sociali, civili e politici, ma anche nell'assetto dei ruoli e dei poteri.

Di tutto questo abbiamo parlato nel Rapporto "Stato di salute delle donne" che qui è riportato, affrontando i temi e le evidenze più significative rispetto alle cause di morbilità, mortalità, all'epidemiologia delle patologie più rilevanti, ma anche descrivendo il profilo della salute delle donne all'interno del contesto demografico e sociale. Abbiamo voluto ribadire che non solo nei Paesi sottosviluppati, ma anche nei Paesi europei, compresa l'Italia, le donne hanno uno status sociale inferiore agli uomini, minore occupazione, minori livelli occupazionali, più carico di lavoro familiare, minor accesso e controllo sulle risorse, sono meno presenti nei luoghi decisionali. I dati sulla violenza contro le donne, soprattutto in famiglia, restano drammatici e indecenti; resta inapplicato il pieno esercizio dei diritti sessuali e riproduttivi, a partire dalle donne immigrate, nonostante sia dichiarato diritto umano universale. Le donne vivono di più, ma soffrono maggiormente di malattie croniche, di disabilità, di malattie professionali. Le malattie cardiovascolari colpiscono in

maniera rilevante le donne, nonostante la ricerca e la cura continui a considerarle malattie maschili; la riduzione della mortalità per tumore del seno rappresenta un grande successo, ma resta ancora inevaso il bisogno di assistenza per le conseguenze di questa malattia, a partire dal supporto psicologico.

Abbiamo insistito, insomma, sui dati complessivi relativi alla condizione di vita quotidiana, concreta delle donne, di tutte le donne, italiane e straniere, giovani e anziane. Per affermare che tutto questo, insieme, è per noi questione di sanità pubblica. E che si radica qui, per noi, il razionale di quello che consideriamo come la risposta più adeguata e moderna alla promozione della salute delle donne, cioè il Piano Intersettoriale per la salute delle donne. Questa proposta avremmo dovuto presentarla – come annunciato dal Ministro Livia Turco – nel corso della Prima Conferenza Nazionale sulla salute delle donne, un evento su cui avevamo investito come passaggio necessario verso una vera strategia di promozione della salute delle donne. Non è stato possibile, per l'interruzione del mandato istituzionale, ma questa resta la carta che consideriamo vincente.

In conclusione, solo nove mesi sono passati da quando abbiamo iniziato i nostri lavori, ma ritengo che un primo bilancio positivo possa già essere fatto. Soprattutto nella considerazione che gli obiettivi che avevamo stabilito avrebbero dovuto essere raggiunti nei tre anni previsti della durata della nostra Commissione.

Il Rapporto che presentiamo è quindi per noi semplicemente un primo, iniziale e parziale bilancio, che abbiamo comunque deciso di produrre, non solo per dar conto dei nostri lavori, ma anche come volontà di non disperdere quella che consideriamo un'esperienza di progettualità politica.

Sono infatti convinta che il valore della nostra Commissione vada ben al di là delle cose che siamo state capaci di fare, perché ha intercettato aspettative, speranze, intelligenze, passioni. Non siamo riuscite a realizzare il *Forum Nazionale delle associazioni* che avremmo voluto proporre alla Conferenza sulla salute delle donne, ma il mondo delle associazioni è stato sollecitato, attivato. Un processo è iniziato, positivo, fecondo. E in questo senso abbiamo voluto considerare parte integrante del Rapporto l'elenco, seppur iniziale, delle numerosissime associazioni che lavorano sui temi della salute delle donne, per suggerire la promozione di una rete tra tutte, che sia sempre più stretta, solidale, efficace. Permanente. E per affermare la necessità di intrecciare, tra istituzioni e società, un grande dibattito pubblico su cosa significa oggi difendere e promuovere la salute delle donne, quali sono i contenuti, gli obiettivi, i valori. Sapendo che non è sufficiente parlare di diritti delle donne se non si sviluppa una concreta politica delle donne.

La nostra progettualità politica sta qui: il diritto alla salute delle donne inteso come “diritto forte” che promuove tutti gli altri diritti, economici, sociali, politici, civili. Per le donne ma anche per tutti. E questo nostro messaggio abbiamo pensato fosse significativo presentarlo nell'occasione dell'8 marzo.

Maura Cossutta

Composizione della Commissione

Presidente

Ministro Livia **Turco**

Vice Presidente

Maura **Cossutta** – Consigliere del Ministro

Segretaria

Valeria **Tellini** – Segreteria del Ministro

Ministero della Salute

Giovan Battista **Ascone** – Dipartimento Prevenzione e Comunicazione

Monica **Cecconi** – Segreteria Tecnica del Ministro

Maria Paola **Di Martino** – Direttore Generale, Direzione Rapporti con l'Unione Europea e Rapporti Internazionali

Francesca **Fratello** – Direttore Generale, Direzione Prevenzione Sanitaria

Lucia **Guidarelli** – Dipartimento per la sanità pubblica veterinaria, la nutrizione e la sicurezza degli alimenti

Filippo **Palumbo** – Direttore Generale, Direzione Programmazione Sanitaria, Livelli di Assistenza e Principi Etici di Sistema

Sara **Terenzi** – Direzione della Prevenzione Sanitaria, Ufficio Salute delle Donna e dell'Età Evolutiva

Giovanni **Zotta** – Direttore Generale, Direzione Ricerca Scientifica e Tecnologica

Altre Istituzioni

Laura **Barbieri** - Dipartimento per i diritti e le pari opportunità - Presidenza del Consiglio dei Ministri

Maria Cristina **Massacesi** – Dipartimento delle Politiche per la Famiglia – Presidenza del Consiglio

Anna Maria **Faventi** – Direzione Generale della tutela delle condizioni di lavoro – Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale

Maria Teresa **Rosito** – Uffici di diretta collaborazione Ministro - Ministero della Solidarietà Sociale

Marida **Bolognesi** – Uffici di diretta collaborazione Ministro - Ministero Pubblica Istruzione

Vincenza **Lomonaco** – Direzione Generale per gli Italiani all'Estero e le Politiche Migratorie - Ministero degli Affari Esteri

Silvana **Borsari** – Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano

Componenti

Antonio **Ambrosini** – Presidente SIGO, Professore Ordinario di Ginecologia e Ostetrica, Università di Padova, PADOVA

Laura **Baldassarre** – Responsabile Area sui Diritti dell'Infanzia UNICEF Italia, ROMA

Anna **Barbera** – Presidente Associazione Arlenika onlus, direttrice Progetto Amazzone, PALERMO

Rita **Biancheri** – Dipartimento Scienze Sociali Università di Pisa, PISA

Antonietta **Cilumbriello** – Specialista in Ostetricia e Ginecologia AIDOS, ROMA

Giuseppe **Coco** – Medico di base ASL3, CATANIA

Carla **Collicelli** – Vice Direttore CENSIS, ROMA

Lea **Cosentino** – D.G. AUSL BA3, presidente Federsanità Puglia, Vice Presidente nazionale Federsanità ANCI, BARI

Mbiye **Diku** – Medico chirurgo, specialista in ginecologia ed ostetricia, Ospedale Fatebenefratelli Roma, ROMA

Marinella **D’Innocenzo** – Direttore Generale ASO OIRM S. Anna Torino, TORINO

Claudio **Fabris** – Presidente Società Italiana di Neonatologia, MILANO

Flavia **Franconi** – Professore ordinario di Farmacologia cellulare e molecolare presso la Facoltà di Farmacia dell’Università di Sassari e coordinatore del dottorato di ricerca in Farmacologia di Genere, SASSARI

Laura **Frati Gucci** – Imprenditrice, Presidente Pirene SrL e Presidente Nazionale AIDDA, FIRENZE

Sergio **Iavicoli** – Direttore Dipartimento Medicina del lavoro – ISPESL, ROMA

Claudia **Livi** – Specialista in ginecologia, ostetricia e patologia della riproduzione umana, FIRENZE

Paola **Mantellini** – Medico dirigente di 1° livello in Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Direzione Sanitaria e Scientifica CISPO, FIRENZE

Simonetta **Martorelli** – Medico dirigente UOC Educazione alla salute ASL RMB

Marco **Martuzzi** – Scientific Officer WHO Roma Ambiente e Salute, ROMA

Giuseppe **Masellis** – Direttore Dipartimento Ostetricia e Ginecologia AUSL Modena, MODENA

Francesca **Merzagora** – Presidente ONDa, MILANO

Raffaella **Michieli** - Segretario Nazionale Società Italiana di Medicina Generale, Responsabile Nazionale Area Salute della Donna SIMG, MESTRE VENEZIA

Maria Grazia **Modena** – Direttore Struttura Complessa di Cardiologia Policlinico di Modena e Past President Società Italiana di Cardiologia, MODENA

Alessandra **Morano** – Ricercatrice Clinica Ostetrica e responsabile Centro Nascita Alternativo Azienda Ospedaliera Universitaria S. Martino, GENOVA

Adriana **Nannicini** – Psicologa, MILANO

Mariella **Orsi** – Sociologa, dirigente ASL Firenze, Responsabile Centro Studi e Documentazione CESDA, FIRENZE

Laura **Pellegrini** – Direttore Generale Istituto Lazzaro Spallanzani, ROMA

Maria Serenella **Pignotti** – Neonatologa, AOU Anna Meyer, FIRENZE

Eleonora **Porcu** – Ricercatore Medico, Policlinico S. Orsola-Malpighi, BOLOGNA

Patrizia **Ravaioli** – Direttore Generale LILT, ROMA

Anna Laura **Regalia** – Ginecologa San Gerardo, MONZA

Linda Laura **Sabbadini** – Direttore Centrale ISTAT, ROMA

Mara **Scagni** – Vicepresidente ANCI, Membro del Comitato delle Regioni a Bruxelles, ALESSANDRIA

Anna **Segatti** – Presidente Ass. Europa Donna, MILANO

Roberta **Siliquini** – Professore Ordinario di Igiene, Facoltà di Medicina e Chirurgia Università di Torino, TORINO

Angela **Spinelli** – Ricercatrice Istituto Superiore di Sanità, ROMA

Tullia **Todros** – Professore di I Fascia di Ginecologia e Ostetricia, Dipartimento di Discipline Ginecologiche e Ostetriche Università di Torino, TORINO

Marina **Toschi** – Consigliera di parità, Regione Umbria, PERUGIA
Maria **Vicario** – Presidente Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche, NAPOLI
Flavia **Zucco** – Dirigente di ricerca, Istituto di Neurobiologia e Medicina Molecolare CNR, ROMA

Invitati Permanenti

Maria Antonietta **Bianco** – Ostetrica, TERNI (CSS)
Eva **Buiatti** – Coordinatrice Osservatorio di Epidemiologia dell'Agenda regionale Sanità della Regione Toscana, FIRENZE (CSS)
Antonella **Cinque** – Presidente del Consiglio di Amministrazione, Agenzia Italiana del Farmaco
Alessandra **De Palma** – Direttore UO Medicina legale, ASL Modena, MODENA (CSS)
Paola **Facchin** – Responsabile Unità Epidemiologia, Dipartimento di Pediatria, Università di Padova, PADOVA (CSS)
Paola **Grammatico** – Direttore Struttura Complessa di laboratorio di genetica, Azienda ospedaliera San Camillo – Forlanini di Roma (CSS)
Maria Paola **Landini** – Preside Facoltà di medicina e chirurgia, Policlinico S. Orsaola di Bologna, BOLOGNA (CSS)
Alessandra **Kustermann** – Responsabile servizio di diagnosi prenatale e del Centro soccorso violenza sessuale, Ospedale Mangiagalli di Milano, MILANO (CSS)
Concetta **Mirisola** – Segretario Generale del Consiglio Superiore di Sanità
Paola **Muti** – Direttore Scientifico IRCCS Regina Elena di Roma (CSS)
Anna Teresa **Palamara** – Professore ordinario Microbiologia, Facoltà di Farmacia, Università degli Studi La Sapienza di Roma (CSS)
Laura **Pennacchi** – Componente Comitato Scientifico Fondazione Basso, ROMA (CSS)
Giovanna **Scroccaro** – Responsabile Unità di valutazione dell'efficacia del farmaco, Centro di riferimento regionale, Servizio di farmacia, Azienda Ospedaliera di Verona, VERONA (CSS)
Annalisa **Silvestro** – Presidente Federazione Nazionale Collegi IPASVI, BOLOGNA (CSS)
Rosalba **Tufano** – Professore Ordinario Anestesia e rianimazione, Università Federico II di Napoli, NAPOLI (CSS)
Silvia **Vegetti Finzi** – Docente di Psicologia, Università di Pavia, PAVIA (CSS)

Esperti

Rosaria **Boldrini** – Ministero della Salute
Maurizia **Bonanni** – ASL4 Terni
Alessandra **Burgio** – ISTAT
Carla **Ceccolini** – Ministero della Salute
Manuela **Cocchi** – Ministero della Salute
Susanna **Conti** – Istituto Superiore di Sanità
Roberta **Crialesi** – ISTAT
Miriam **Di Cesare** – Ministero della Salute
Valeria **Dubini** – Ginecologa AGOI
Roberta **Giommi** – Istituto Internazionale di sessuologia (FI)
Michele **Grandolfo** – Istituto Superiore di Sanità
Rosaria **Iardino** – Presidente Network Persone Sieropositive

Lucia **Lispi** – Ministero della Salute
Marzia **Loghi** – ISTAT
Maria Teresa **Loretucci** – Ministero della Salute
Isabella **Menichini** – Ministero della Solidarietà Sociale
Lorenza **Pastore** – Ministero della Salute
Alessandra **Pera** – ISPESL
Anna Maria **Prete** – Ministero della Salute
Giulia **Scaravelli** – Istituto Superiore di Sanità
Pietro Giulio **Signorile** – Presidente Fondazione Italiana Endometriosi
Jacqueline **Veit** – Presidente Associazione Italiana Endometriosi Onlus
Stefano **Vella** – Istituto Superiore di Sanità

I contenuti del volume sono disponibili sul portale del Ministero della salute, all'indirizzo ***www.ministerosalute.it*** nella sezione "Salute donna"

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.



Centro Stampa
MINISTERO DELLA SALUTE
Lungotevere Ripa, 1 00153 - Roma