

## **B) Azioni in corso:**

### **Modifica D.M. 500 sul Codice Internazionale commercializzazione latti**

Nella proposta di Legge comunitaria 2007 sono inserite due direttive concernenti l'alimentazione dei lattanti e bambini che saranno recepite in via amministrativa.

La prima direttiva (2006/141/CE) riguarda gli alimenti per lattanti e gli alimenti di proseguimento e reca modifiche alla direttiva 99/21/CE. Il recepimento potrà essere effettuato con un decreto ministeriale di natura regolamentare che abrogando il decreto ministeriale 500/94 attualmente vigente, potrà introdurre criteri più restrittivi in termini di pubblicità e materiali informativi relativi ai

sostituti del latte materno. Tali ultimi aspetti sono stati disciplinati dal DM 16 gennaio 2002 (Modalità della diffusione di materiale informativo e didattico e del controllo delle informazioni corrette ed adeguate sull'alimentazione dei lattanti e dei bambini, ai sensi dell'art.8, comma 3 del D.M. 6 aprile 1994 n.500) e dal DM 22 febbraio 2005, n.46 (Regolamento recante norme per la pubblicità dei prodotti sostitutivi del latte materno – Modifica dell'art.7 del D.M. 6 aprile 1994, n.500).

La seconda direttiva (2006/125/CE) sugli alimenti a base di cereali e gli altri alimenti destinati ai lattanti e bambini, rappresenta la codifica delle direttive precedenti in materia, attuate in Italia con il DPR 128/99 e successive modifiche.

Si ritiene di dover procedere al suo recepimento attraverso un decreto di natura regolamentare, per introdurre, analogamente alla sopracitata direttiva 2006/141/CE "latte", il riferimento al 6° mese come periodo di inizio dello svezzamento.

Recepite le direttive, per introdurre elementi di tipo sanzionatorio, si dovrà ricorrere ad un provvedimento separato, quale un decreto legislativo.

In linea generale si prevede che quanto definito nel decreto 46/2005, in tema di sponsorizzazioni da parte di ditte produttrici a congressi o eventi scientifici con ECM sia ridefinito con criteri di trasparenza, maggior controllo e riconoscimenti alle ditte che operano correttamente.

### **Modifica art. 11 legge n. 53/2000 ( Congedi per neonati pretermine)**

La legge attuale offre benefici alle mamme con nati prima delle 40 settimane compiute.

I nati a 37-39 settimane sono in generale dimessi come i neonati a termine.

I nati prima delle 31 settimane, invece, sono ad "alto rischio" e vengono ricoverati alla nascita in Unità di Terapia Intensiva Neonatale da pochi giorni a molti mesi. Le mamme di questi bambini dovrebbero avere la possibilità di stare vicino ai loro figli ed anche di poter alloggiare in ospedale, in modo da poter fornire al figlio il loro latte. Solo se la madre resta vicino al figlio può superare l'inevitabile stress dovuto al ricovero. I danni che possono derivare al bambino dalla separazione precoce e prolungata dalla madre sono ben documentati. La presenza della madre vicino al figlio durante questo delicatissimo e vulnerabile periodo deve essere garantita

In caso di parto prematuro (a meno di 37 settimane compiute di età gestazionale), la madre lavoratrice ha diritto di aggiungere ai 5 mesi di astensione obbligatoria dal lavoro il periodo di ricovero passato dal figlio nel reparto di neonatologia, fino ad un massimo di 3 mesi.

Il beneficio si estende ai nati a termine affetti da gravi patologie, ricoverati alla nascita o nel primo mese di vita in reparti di cure intensive.

### **Linee Guida Taglio Cesareo.**

Le raccomandazioni OMS promuovono il parto naturale, anche sulla base delle osservazioni che tassi di tagli cesarei più elevati sono associati a tassi di mortalità perinatale maggiori.

Il Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria riporta l'incidenza dei tagli cesarei tra gli indicatori di appropriatezza clinica, stabilendo come parametro di riferimento un'incidenza pari al 15-20%.

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 ribadisce il principio di adesione a linee guida e protocolli diagnostici e terapeutici, individuando tra gli obiettivi da raggiungere nel triennio "la riduzione del ricorso al taglio cesareo raggiungendo il valore del 20%, in linea con i valori medi europei, attraverso la definizione di Linee guida nazionali per una corretta indicazione al parto per taglio cesareo, l'attivazione di idonee politiche tariffarie per scoraggiarne il ricorso improprio".

La legge finanziaria 2007 ribadisce e indica le azioni del Ministero della Salute nell'ambito del Sistema nazionale linee-guida per la definizione ed adeguamento di percorsi diagnostico terapeutico e linee-guida. Per questo verrà istituito presso la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, livelli di assistenza e principi etici di sistema, nell'ambito delle attività del Sistema nazionale Linee Guida, il Gruppo di lavoro per l'elaborazione di una linea guida per il

corretto ed appropriato ricorso al taglio cesareo nelle strutture del Servizio sanitario Nazionale, in coerenza con i vigenti Livelli Essenziali di Assistenza.

### **Certificazione ostetriche**

La recente Direttiva 7 settembre 2005, n. 2005/36/CE, "Direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali" (che dovrà essere recepita entro quest'anno), all'art. 42, impegna gli Stati membri a riconoscere all'Ostetrica, fra l'altro, anche la competenza ad *"accertare la gravidanza e in seguito sorvegliare la gravidanza normale, effettuare gli esami necessari al controllo dell'evoluzione della gravidanza normale"*. La normativa comunitaria, pertanto, contiene un'esplicita attribuzione anche alla sfera professionale dell'ostetrica delle competenze a seguire la gravidanza fisiologica.

A tal proposito, in vista degli incontri che si terranno presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri per il recepimento della citata Direttiva, si investirà il Consiglio Superiore di Sanità affinché, partendo dalle norme preesistenti ( Regio Decreto 27 luglio 1934, n. 1265 "Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie", D.M. 15 settembre 1975, "Istruzioni per l'esercizio professionale delle ostetriche", D.M. 14 settembre 1994, n. 740, "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o"), si pervenga ad una indicazione di natura tecnico-scientifica sulle previsioni normative da inserire nel decreto di recepimento della menzionata direttiva comunitaria in ordine alle competenze, anche con riferimento alla facoltà di prescrizione, proprie del profilo professionale dell'ostetrica.

L'obiettivo è di utilizzare al meglio la professionalità delle ostetriche, al fine del miglioramento dell'assistenza delle donne nel percorso nascita.

### **Revisione Linee Guida legge 40**

Come previsto dall'art.7 della legge n.40/2004 si procederà all'aggiornamento delle linee guida entro il 2 luglio 2007.

Ai sensi della stessa disposizione normativa verrà istituito un percorso istituzionale di coinvolgimento diretto degli organi scientifici preposti (Istituto Superiore di Sanità e Consiglio Superiore di Sanità) per la riformulazione delle suddette linee guida.

Sebbene non esplicitamente previsto dalla normativa vigente, ma per il rispetto istituzionale del ruolo del Parlamento, si ribadisce l'intenzione di informare le Commissioni Parlamentari competenti.

### **Modifica D.M. Registro legge 40 (per rilevazione dati scorporati)**

Modificare il D.M. per aggiungere la modalità di raccolta dati disaggregata, ciclo per ciclo, serve per poter seguire ogni paziente / coppia e ogni singolo ciclo di trattamento effettuato. Questa modalità permette di seguire tutto il percorso che viene compiuto in un trattamento di procreazione assistita, ottenendo gli esiti caso per caso per la formulazione di stime e associazioni fra singolo trattamento ed esito. Con questo tipo di raccolta dati, è possibile effettuare la valutazione di efficacia e di sicurezza dei protocolli terapeutici o delle tecniche utilizzate in relazione alle caratteristiche biomediche cliniche (es. tipo di infertilità, patologie pregresse, etc.), e psicosociodemografiche (età, residenza, occupazione etc.) della coppia. Si potranno così correlare inoltre l'eventuale aumentata incidenza di alcune patologie materne e neonatali con l'applicazione di specifiche tecniche di PMA o con alcune terapie.

La raccolta dati ciclo per ciclo, eseguita con le modalità proposte dall'ISS viene effettuata nel totale rispetto della privacy delle coppie, e non comporta in alcun modo la possibilità di risalire all'identità della paziente o del partner. L'unica possibilità di ottemperare al mandato della legge 40 che implica la valutazione dell'efficacia e della sicurezza dell'applicazione delle tecniche di PMA e la registrazione dei nati a seguito dell'applicazione delle tecniche medesime, è raccogliere i dati in forma disaggregata su ogni ciclo di trattamento.

## **Ministero Salute/ISS: Sistema di sorveglianza mortalità materna**

La morte materna rappresenta un evento drammatico ed un indicatore cruciale, benché complesso, delle condizioni generali di salute e di sviluppo di un paese.

Circa la metà delle morti materne rilevate nei paesi occidentali sono risultate evitabili. In Italia la sottostima del rapporto di mortalità materna attraverso il flusso informativo corrente sommata al potenziale aumento del fenomeno a seguito dell'aumento dell'età media delle donne al parto, dell'incremento delle donne straniere in età riproduttiva e dell'elevata proporzione di parti espletati mediante taglio cesareo giustifica l'attivazione di un sistema di sorveglianza attiva della mortalità materna e l'analisi delle cause più frequentemente associate alla morbidità e mortalità materna.

L'indicatore di esito più frequentemente utilizzato per rilevare le modificazioni nel numero di morti materne è il rapporto di mortalità materna (numero di morti materne per anno, per 100,000 nati vivi).

*L'obiettivo generale* è quello di rilevare le principali cause di morbidità e mortalità materna in Italia e sperimentare un modello prototipale di sorveglianza della mortalità materna.

*Obiettivi specifici* sono:

- determinare la sottostima del rapporto di mortalità materna riportato dal flusso corrente in Italia e monitorare il suo andamento nel tempo attraverso la sperimentazione di modelli prototipali di sorveglianza della mortalità materna in 7 Regioni Italiane (Piemonte, Lombardia, Valle d'Aosta, Emilia Romagna, Toscana, Lazio e Sicilia).
- rilevare e analizzare le principali cause associate alla mortalità materna e la stima della quota di morti potenzialmente evitabili attraverso la realizzazione di indagini confidenziali sui casi di mortalità materna rilevati dal sistema di sorveglianza e attraverso studi di record linkage tra le schede di morte e le SDO.
- rilevare e analizzare le principali cause di morbidità materna attraverso lo studio della "near miss mortality" mediante le SDO

Le fonti informative potenzialmente utilizzabili in Italia sono il Certificato di assistenza al parto (Cedap), la Scheda dimissione ospedaliera (SDO), le Schede di morte (ISTAT)

## **Modifica del sistema di rilevazione dei dati statistici per genere e per indicatori socioeconomici**

Dalla Carta di Ottawa del 1986 alla Conferenza di Pechino del 1995, dalla risoluzione del Parlamento europeo del 2001 sulla salute e sui diritti sessuali e riproduttivi alle conclusioni del Consiglio europeo sulla salute delle donne, dagli Obiettivi del Millennio del 2000 al Programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica (2003-2008), la promozione della salute delle donne è indicata come obiettivo prioritario di una strategia di politiche pubbliche di promozione della salute, finalizzate alla riduzione delle disuguaglianze e a incidere sui determinanti socio economici dello stato di salute della popolazione.

La disuguaglianza di genere è infatti misura di tutte le disuguaglianze, discriminazioni.

Le donne meno istruite, con minor reddito, non occupate sono quelle che meno e peggio utilizzano i servizi. Le disuguaglianze di genere diventano misura stessa della qualità ed efficacia dei servizi.

Tuttavia, sebbene in tutti i trattati internazionali e in tutte le raccomandazioni dell'OMS i diritti umani delle donne (e primo fra tutti quello alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi) siano formalmente sanciti, ancora oggi non esistono vere statistiche di genere.

Nella sanità, non è ancora adeguata la conoscenza degli operatori sulla relazione esistente tra genere e salute, la ricerca è ancora standardizzata sull'uomo, la prevenzione e la valutazione dei rischi ambientali e occupazionali è standardizzata al maschile.

Per rilanciare la promozione della salute delle donne come asse centrale delle politiche, sanitarie e non sanitarie, occorre conseguentemente aggiornare il sistema di rilevazione statistico per una

raccolta dei dati di genere correlati alle condizioni socio economiche delle donne rispetto all'accesso ai servizi sanitari e per modificare la stessa cultura organizzativa dei servizi. Questa proposta è stata introdotta nel Piano Nazionale che il Ministero delle Pari Opportunità presenterà per l'anno europeo delle pari opportunità.

### **Miglioramento sistema rilevazione CedAp**

L'attuale rilevazione dati del Certificati di assistenza al parto (CedAp), iniziata nel 2002, ha individuato uno strumento omogeneo per la rilevazione delle informazioni di base relative agli eventi di nascita al fenomeno della nati-mortalità, ai nati vivi con malformazioni, nonché alle caratteristiche socio-demografiche dei genitori. Tale strumento fornisce informazioni sia di carattere sanitario ed epidemiologico, sia di carattere socio-demografico, molto importanti ai fini della sanità pubblica e della statistica sanitaria e necessarie per la programmazione nazionale e regionale.

Attualmente il livello di maturità dei sistemi di rilevazione è diversificato per regioni, ma il flusso informativo nazionale dimostra comunque un miglioramento della copertura.

I CedAP si prestano per realizzare un sistema informativo adeguato per l'autovalutazione delle attività che il centro nascita svolge e per permettere il confronto tra centri nascita (valutazione esterna). L'insieme dei CedAP delle nascite da donne residenti in definite aree territoriali permette di valutare la qualità dell'assistenza in gravidanza e quanto tale assistenza abbia influito sugli aspetti essenziali della nascita stessa.

Tuttavia, il modello standard (solo alcune realtà regionali hanno prodotto modelli più completi) pur raccogliendo molte informazioni utili per valutazioni demografiche, considera solo alcune informazioni per valutare la qualità del servizio sociosanitario impegnato nel percorso nascita. Affinchè i CedAP possano essere efficacemente utilizzati come strumenti per la valutazione, occorre promuovere, di concerto con le Regioni, un approfondimento critico, per suggerire proposte migliorative. Alcune condizioni da sottolineare sono:

il sistema di sorveglianza attiva dovrebbe prevedere che i luoghi dove si raccolgono le informazioni siano attrezzati, anche mediante adeguata informatizzazione, non solo a registrare ma anche a elaborare i dati raccolti, affinché il servizio sia in grado di valutare l'aderenza dei dati ai risultati e agli obiettivi che si è impegnati a perseguire;

il coordinatore locale (a livello di ASL o a livello di Regione) del sistema di sorveglianza, nell'analisi dei dati, dovrebbe favorire e stimolare il confronto tra le diverse realtà, per una valutazione delle eventuali differenze dei risultati;

sulla base delle valutazioni analitiche, dovrebbe essere promosso l'aggiornamento professionale e l'eventuale riprogettazione operativa dei servizi.

La conoscenza degli elaborati e dei rapporti potrebbero essere posti a disposizione della comunità in generale e delle autorità politiche locali, per opportuna conoscenza e per fondare i processi decisionali, visto il loro ruolo nella conferenza sanitaria locale.

Queste condizioni potrebbero costituire elemento positivo affinché alcune criticità nella rilevazione dei dati siano migliorate, garantendo una migliore completezza ed accuratezza delle informazioni.

Si propone che i CedAP, oltre che a descrivere la nascita, siano utilizzati anche per valutare quanto gli obiettivi di salute siano perseguiti, in relazione alle pratiche raccomandate e a quelle effettivamente svolte e quanto queste siano associate agli obiettivi di salute (ad esempio la partecipazione a corsi di accompagnamento alla nascita, il *rooming in* e la modalità di allattamento).

Si propone che le informazioni del sistema CedAp siano trasmesse all'Istituto Superiore di Sanità, affinché si promuova un sistema di sorveglianza attivo sulla nascita a partire dai CedAP rivisitati, basato sul ruolo attivo dei centri nascita, delle ASL e delle Regioni.

### **Piano di Prevenzione Odontoiatria Infantile**

Le patologie del cavo orale, associate in molti casi a scarsa igiene, ad una alimentazione non corretta, a stili di vita non salutari influiscono negativamente sulla qualità della vita di ciascun individuo.

L'ottica preventiva porta a focalizzare gli interventi nell'età evolutiva, perché i dati scientifici in nostro possesso evidenziano come nei primi anni di vita le azioni di promozione della salute orale consentono l'instaurarsi di abitudini personali durature nel tempo.

L'educazione alla salute orale rappresenta uno dei mezzi vincenti attraverso cui fondare e diffondere una cultura di prevenzione e un ruolo fondamentale in tal senso è quello che deve assumere il pediatra in quanto al servizio di un individuo che, a volte, deve essere curato, più spesso seguito e formato secondo un concetto di salute sempre più ampio.

Dal punto di vista odontostomatologico, il pediatra ha la responsabilità di monitorare la crescita e lo sviluppo orofacciale del bambino intercettando precocemente ogni eventuale patologia, anomalia o malformazione. Ha anche il compito di prevenire la carie e la malattia parodontale identificando le situazioni a rischio ed eventualmente inviando tempestivamente, per la cura di patologie riscontrate, il giovane paziente all'odontoiatra.

Il ruolo fondamentale del pediatra viene svolto, pertanto, attraverso un'azione di educazione sanitaria con gli obiettivi principali di prevenire la carie e prevenire le malocclusioni mediante un attento esame obiettivo orofacciale.

La prevenzione deve basarsi su cinque importanti azioni:

- fornire istruzioni di igiene orale ed alimentare ai genitori;
- promuovere la fluoroprofilassi sistemica e topica al fine di favorire il rafforzamento dello smalto;
- intercettare precocemente le malocclusioni dento/scheletriche;
- incentivare l'utilizzo della sigillatura dei solchi, sensibilizzando i genitori su tale metodica di intervento;
- identificare i pazienti a rischio di patologie orali.

## **Obiettivi prioritari PSN 2006-2008: SALUTE DEL NEONATO, BAMBINO, ADOLESCENTE**

Gli obiettivi da raggiungere nel triennio sono:

- miglioramento dell'assistenza ostetrica e pediatrico/neonatologica nel periodo perinatale, anche nel quadro di una umanizzazione dell'evento nascita che deve prevedere il parto indolore, l'allattamento materno precoce ed il rooming-in tenendo conto anche degli altri standard definiti dall'OMS e dall'UNICEF per gli "Ospedali amici dei bambini", colmando le disuguaglianze esistenti fra le Regioni italiane, al fine di ridurre la mortalità neonatale in primo luogo nelle Regioni dove è più elevata, ottimizzando il numero dei reparti pediatrici e dei punti nascita e assicurando la concentrazione delle gravidanze a rischio e il servizio di trasporto in emergenza del neonato e delle gestanti a rischio;
- promuovere campagne di informazione rivolte alle gestanti e alle puerpere, anche attraverso i corsi di preparazione al parto ed i servizi consultoriali, per la promozione dell'allattamento al seno, il corretto trasporto in auto del bambino, la prevenzione delle morti in culla del lattante, la promozione delle vaccinazioni e della lettura ad alta voce.
- riorganizzare i Servizi di emergenza-urgenza pediatrica;
- ridurre i ricoveri inappropriati in età pediatrica;
- migliorare l'assistenza ai pazienti affetti da sindromi malformative congenite;
- definire appropriati percorsi diagnostici-terapeutici-riabilitativi per le patologie congenite, ereditarie e le malattie rare, mediante una migliore organizzazione dei Centri di riferimento a valenza regionale o interregionale e la realizzazione di reti assistenziali;
- migliorare l'assistenza ai bambini e agli adolescenti affetti da patologie croniche mediante lo sviluppo di modelli integrati tra Centri specialistici, ospedali, attività assistenziali territoriali, quali l'assistenza psicologica e sociale, la scuola, le associazioni dei malati e il privato no profit;
- educare i giovani alla promozione della salute, all'attività motoria, ai comportamenti e stili di vita adeguati nel campo delle abitudini alimentari, alla prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale compresa l'infezione da HIV, della tossicodipendenza e dell'alcolismo, alla procreazione

responsabile, sollecitando il contributo della scuola, attivando anche interventi, in particolare nei consultori familiari e negli spazi destinati agli adolescenti, di prevenzione e di lotta ai maltrattamenti, abusi e sfruttamento dei minori e alla prevenzione degli incidenti stradali e domestici;

- prevenire la patologia andrologica e ginecologica nell'età evolutiva;
- controllare e diminuire il sovrappeso e l'obesità nelle giovani generazioni tramite interventi che devono riguardare non solo la casa e la famiglia (ma anche la scuola e la città) e infine i mass media e gli organismi di controllo che devono diffondere la cultura dei cibi salutari (frutta e verdura) e combattere la pubblicità alimentare ingannevole;
- valutare con attenzione e contrastare il fenomeno del doping che sembra interessare sempre di più anche i giovanissimi che praticano lo sport a livello dilettantistico e amatoriale, coinvolgendo le famiglie, le istituzioni scolastiche, le organizzazioni sportive e le strutture del SSN.

### **Piano per la promozione dello “Spazio Adolescenti” nei Consultori Familiari**

Le attività di promozione della salute in età adolescenziale vanno svolte quanto più possibile negli ambiti collettivi (soprattutto nelle scuole). In tal modo i servizi si accreditano e divengono punti di riferimento per gli adolescenti. L'attività di promozione della salute offre l'opportunità di rendere visibili gli stati di disagio per i quali fornire aiuto, organizzando più diffusamente gli spazi adolescenziali nei C.F.

Il Piano per la promozione dello “Spazio Adolescenti” prevede, in particolare, di:

- coordinare con gli organi scolastici l'offerta attiva di corsi di informazione ed educazione alla salute nelle scuole (sulla fisiopatologia della riproduzione - anche ai fini della prevenzione dell'infertilità maschile e femminile, alimentazione, educazione alla affettività, prevenzione della violenza, prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse);
- promuovere un'offerta attiva dello spazio giovani nel consultorio per dare la possibilità di approfondimento a livello individuale e/o per piccoli gruppi agli stessi studenti coinvolti nei corsi di educazione alla salute effettuati presso le scuole. Lo spazio giovani rappresenta una grande opportunità per tutti gli adolescenti e l'informazione di questa disponibilità potrebbe essere data contattando i luoghi di aggregazione giovanile e offrendo un accesso a tale spazio in orari graditi all'utenza.
- predisporre incontri con genitori degli alunni delle scuole elementari e medie, sulle problematiche della sessualità in età adolescenziale e più in generale, incontri di formazione-informazione finalizzati a rendere gli adulti più consapevoli ed informati delle problematiche proprie dell'adolescenza, mettendoli in grado di porsi in una posizione di ascolto attivo che favorisca la comunicazione adolescente-adulto.

Il Piano “Spazio Adolescenti” si inquadra nella più generale finalità di promozione, qualificazione e rilancio dei consultori familiari.

In particolare, d'intesa con il Ministero della Famiglia, si promuoverà l'educazione alla genitorialità, la prevenzione delle cause dell'aborto attraverso lo sviluppo dell'informazione e dell'educazione alla procreazione responsabile, la presa in carico delle gravidanze e maternità delle donne in particolari situazioni di disagio.

### **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.

## **Endometriosi**

L'endometriosi è una malattia:

- che colpisce 1 donna su 10 in età riproduttiva, che rende infertile 1 donna su 3 che ne soffre, può risultare, in molti casi, invalidante al punto da determinare uno stato di cronicità che altera in maniera profonda la qualità della vita;
- complessa, di difficile approccio diagnostico (tanto che viene stimato un periodo medio di circa 9 anni prima di giungere alla diagnosi) e terapeutico. Nei casi di interessamento multidistrettuale necessariamente coinvolge più figure specialistiche che collegialmente si dovrebbero confrontare per la migliore gestione della paziente;
- di grande impatto socio-economico per le ripercussioni sulla sfera personale e familiare della persona che ne soffre, ma anche sul mondo del lavoro (assenze, congedi malattia per interventi, cambiamenti di lavoro, licenziamenti); per gli elevati costi sanitari per l'omissione della diagnosi che inevitabilmente porta a ripetere nel tempo esami spesso costosi, per i trattamenti chirurgici che necessitano di strutture d'eccellenza e tecnologie particolarmente sofisticate al fine di evitare complicanze dovute ad un improprio approccio alla patologia; per le terapie mediche con farmaci costosi e di lunga durata.

Per questo servono 4 azioni positive:

- 1) Rivalutazione del DRG, in base alla gravità.
- 2) Registro Nazionale Endometriosi
- 3) Rapporto annuale sulle sperimentazioni cliniche
- 4) Giornata Nazionale Endometriosi

## **Carcinoma della mammella**

Il carcinoma della mammella è il tumore più frequentemente diagnosticato nelle donne (25%).

Ogni anno viene diagnosticato a 31.000 donne:

- 25% circa dei casi in donne di età inferiore a 50 anni
- 45% circa dei casi in donne di età compresa tra 50 e 70 anni
- 30% circa dei casi in donne di età maggiore a 70 anni

Il trattamento del carcinoma della mammella ha avuto, in questi ultimi decenni, sviluppi notevoli che permettono di personalizzare la terapia e di ottenere risultati sempre più soddisfacenti. Chirurgia, chemioterapia, ormonoterapia, radioterapia, concorrono ad aumentare la percentuale di sopravvivenza.

A fronte dei successi legati allo sviluppo delle terapie, permangono le rilevanti problematiche connesse agli esiti delle terapie (in particolare mastectomia, linfedema dell'arto superiore) e agli aspetti psicologici che le trasformazioni del corpo femminile comportano.

In questo quadro si selezionano alcune azioni:

- nella terapia del carcinoma ormonosensibile, si propone la sperimentazione del farmaco Herceptin, con somministrazione semestrale invece che annuale. Tale sperimentazione si colloca in analogia e a supporto dell'esperienza francese (il governo francese ha assegnato all'Institut National du Cancer il compito di valutare l'efficacia di una somministrazione semestrale di Herceptin invece che annuale, con conseguente dimezzamento dei costi - Studio PHARE, circa 7.000 pazienti in due anni). I ricercatori francesi hanno dichiarato che se anche noi italiani studiassimo 4.000 pazienti, la ricerca ne avrebbe grande beneficio (CancerWorld n. 12, pag. 29, June 06).
- si raccomanda l'attuazione, e si propone la verifica, di quanto previsto nei Livelli Essenziali di Assistenza, in particolare per il linfodrenaggio del braccio, nelle donne operate di carcinoma mammario, nei casi di linfedema.
- si promuove la "umanizzazione in rosa" di tutti i reparti di oncologia dei tumori femminili, in particolare della mammella, prevedendo l'integrazione con i servizi di supporto psicologico, di chirurgia e medicina estetica, anche con la collaborazione delle Associazioni delle pazienti.

## **Menopausa e osteoporosi**

L'incontro tra medico e donna in menopausa può rappresentare una grande opportunità: quella di iniziare un percorso diagnostico, preventivo e terapeutico, che articolandosi per circa 3 decenni, deve prevedere indagini e rimedi diversi, anche in funzione delle differenze individuali in termini di patologie e di bisogni.

Con articolare attenzione devono essere considerati i rischi maggiori e più frequentemente ricorrenti (cardiovascolare, oncologico e fratturativo), effettuando una valutazione clinica la più completa possibile, e considerando i sintomi ed i timori che hanno spinto la donna alla visita.

Occorre disegnare le strategie terapeutiche a misura di paziente e con un pieno consenso a quanto proposto. Le terapie individualizzate pongono la necessità di definire, per ogni donna, un preciso profilo di rischio cardiovascolare, oncologico e fratturativo.

Motivare le pazienti a praticare attività fisica e dieta adeguate, a controllare il peso corporeo, ad abolire il fumo, rappresenta un momento fondamentale nella prevenzione delle malattie.

L'osteoporosi risulta essere una condizione a grande impatto sociale in quanto coinvolge un'ampia fascia di soggetti soprattutto di sesso femminile. Colpisce un terzo delle donne tra i 60 e i 70 anni e due terzi delle donne dopo gli 80 anni.s Si stima che il rischio di avere una frattura da osteoporosi sia nella vita della donna del 40% contro un 15% dell'uomo.

Il trattamento dell'osteoporosi deve essere finalizzato alla riduzione del rischio di fratture osteoporotiche.

I provvedimenti non farmacologici (adeguato apporto di calcio e vitamina D, attività fisica) o la eliminazione di fattori di rischio modificabili (fumo, rischi ambientali di cadute) non hanno controindicazioni e vanno raccomandati come prima scelta.

L'utilizzo di farmaci come quelli inclusi nella nota 79 è sempre associato a potenziali rischi per cui il loro utilizzo deve essere riservato ai pazienti a rischio più elevato di frattura.

La nota 79, fin dalla sua iniziale stesura, prevede che il trattamento farmacologico dell'osteoporosi sia a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per i pazienti con pregresse fratture vertebrali o di femore. Ciò si basa sul fatto che l'efficacia anti-fratturativa è stata inizialmente dimostrata solo su pazienti con pregresse fratture vertebrali.

Studi successivi hanno poi confermato che i pazienti identificati dalla nota 79 erano anche quelli con il più elevato rischio di fratture (>5% anno) e per questi appare quindi giustificato il ricorso al trattamento farmacologico non solo in termini di rapporti costi/benefici ma anche di vantaggi/svantaggi (efficacia/rischio).

La nuova nota 79 è stata recentemente ampliata consentendo la possibilità di una prevenzione primaria anche ad altre categorie di pazienti. Ad esempio sono stati inclusi fra questi tutti i soggetti di età superiore ai 50 anni in trattamento con cortisonici.

Inoltre, sono state identificate delle soglie densitometriche ossee a femori o falangi al di sotto delle quali il rischio di frattura clinica vertebrale a 10 anni sia  $>10\%$ . Anche in questo caso è consentito il ricorso ai trattamenti con bifosfonati, raloxifene, e ranelato di stronzio a carico del SSN previsti dalla nota 79.

L'identificazione dei fattori di rischio quali storia familiare di fratture vertebrali, artrite reumatoide ed altre connettiviti, pregressa frattura osteoporotica al polso, menopausa prima dei 45 anni di età e terapia corticosteroidea cronica, hanno consentito di allargare la precedente nota 79 pur indicando in maniera precisa gli ambiti terapeutici in cui consentire una prevenzione con tali farmaci.

Bisogna inoltre precisare che l'aggiornamento della nota 79 è coincisa anche con una semplificazione dei percorsi prescrittivi nell'ambito del SSN di altre molecole quali la teriparatide e l'ormone paratiroideo.

Le azioni di prevenzione mirate nei confronti dell'osteoporosi devono essere implementate attraverso:

- il coinvolgimento attivo di tutti gli operatori e delle strutture interessate, ovvero del Ministero della Salute, dell'AIFA, delle Società Scientifiche, dei Medici, delle Regioni, delle Imprese, oltre che delle Associazioni dei Malati;
- la diffusione dell'utilizzo della carta di rischio pubblicata dall'OMS;
- l'elaborazione del Piano operativo per la prevenzione dell'osteoporosi nella popolazione anziana che contempli la fornitura gratuita di una dose di calcio e vitamina D nella popolazione con età superiore a 65 anni. E' noto che la somministrazione in dose unica di calcio e vitamina D (una volta all'anno) per reintegrare le scorte fisiologiche nella popolazione anziana, diminuisce in maniera rilevante (fino al 50%) il rischio di fratture osteoporotiche.
- L'inclusione dell'osteoporosi nell'ambito dei piani di comunicazione sanitaria.

## **Piano Strategico Intersectoriale sulla salute delle donne**

La promozione della salute rappresenta un modello complesso che si basa sulla integrazione delle politiche sanitarie, economiche, sociali, ambientali e produttive che, in modo congiunto, possono meglio garantire i risultati attesi di salute, prevenire e ridurre le disuguaglianze. E' necessario perciò che, a partire da un sistema sanitario altamente integrato, si collabori con altri settori, apparentemente distinti, ma che per il loro impatto sulle condizioni di vita influenzano talora in modo determinante la salute delle persone e assumono particolare rilievo nella definizione delle priorità non solo di politica sanitaria, ma anche di politica sociale, del lavoro, della casa, dell'istruzione, dell'ambiente, dei trasporti.

Tale strategia complessiva permette un maggiore controllo dei determinanti sanitari, sociali, economici e ambientali, favorendo il miglioramento delle misure di prevenzione e di promozione della salute, che rappresentano i cardini della politica sanitaria. In questo modello i determinanti non sanitari della salute si pongono spesso al di fuori delle possibilità di controllo individuale ed esulano dalla sfera di intervento del sistema dei servizi sanitari.

Gli interventi su questi determinanti della salute richiedono un coordinamento intersectoriale, a livello sia governativo sia regionale e locale, che si traduca in strategie condivise per obiettivi comuni.

**Il Piano strategico intersectoriale, di durata triennale, assume la salute delle donne come obiettivo strategico di una politica nazionale pubblica di promozione della salute.**

La salute delle donne è l'indicatore più efficace per valutare l'impatto sulla salute e per rimuovere tutte le disuguaglianze, non solo quelle economiche e sociali, ma anche quelle fra uomini e donne. Un Piano Strategico Nazionale per la salute delle donne significa scegliere un riposizionamento politico e culturale, che non assuma più soltanto come settoriale e specifico l'intervento per la salute delle donne, ma al contrario lo assuma come bussola per la coerenza di tutte le politiche, nei confronti dell'equità, dei diritti umani, dell'empowerment delle persone.

La salute delle donne misura non solo la qualità e l'efficacia di un sistema sanitario, ma molto di più. E' la misura della qualità di una democrazia, della coesione sociale e dello stesso sviluppo

economico. Investire sulla salute delle donne, come hanno ampiamente documentato tutti gli studi internazionali, dalle Nazioni Unite alla Banca Mondiale, offre ritorni più elevati sotto forma di sviluppo più rapido, efficienza elevata, maggior risparmio e riduzione della povertà.

Investire sulla salute delle donne significa assumere la centralità del rapporto tra produzione e riproduzione sociale, riconoscendo il ruolo delle donne nella costruzione dei rapporti sociali, umani, familiari. Significa scegliere di ripartire dalle donne per la promozione della giustizia, della democrazia, della pace.

Nell'ottobre del 2007, anno europeo delle pari opportunità per tutti, si svolgerà la Prima Conferenza nazionale sulla salute delle donne, evento del tutto inedito per i governi del nostro paese, dove sarà presentato lo schema di Piano Intersettoriale e dove sarà promosso un Forum nazionale delle associazioni femminili e degli *stakeholders* interessati.

Ai fini della definizione del Piano Strategico Interministeriale, è in corso di definizione la **Commissione Ministeriale Salute delle Donne**, che prevede la presenza di rappresentanti dei Ministeri competenti, delle regioni, dell'Istat, del CSS, oltre la presenza di competenze specifiche. La Commissione promuove altresì la costituzione di gruppi di lavoro *ad hoc* per definire, in attuazione del titolo V della Costituzione, di concerto con le Regioni, Linee Guida per l'aggiornamento del Progetto Obiettivo Materno Infantile.

### **Commissione ministeriale “VALUTAZIONE IMPATTO SALUTE (VIS)”**

La metodologia VIS rappresenta uno strumento valido per realizzare un empowerment dei cittadini oltre ad essere un forte strumento di promozione della salute, basato sull'equità, sulla partecipazione, sull'identificazione dei determinanti di salute.

Il livello di priorità e di alto interesse per questa tematica è chiaramente dimostrato da alcune considerazioni generali:

- la trasversalità della salute nelle politiche di sviluppo;
- la Valutazione di Impatto di Salute (VIS) rappresenta una delle tre aree del Quadro Strategico Nazionale, per rendere la salute protagonista nelle politiche di sviluppo;
- a livello comunitario la VIS è una delle tematiche esaminate nell'ambito dell'High Level Group della Commissione Europea ed è oggetto di riflessione da due anni per coinvolgere i Paesi UE in una sperimentazione europea.

La Commissione Europea sta finalizzando una strategia quadro per la salute che possa fungere da riferimento strategico generale per gli Stati membri della UE e, in tale documento, la “salute in tutte le politiche” – tema principale della trascorsa Presidenza finlandese della Unione Europea – rappresenterà un elemento fondamentale e trasversale a tutti gli interventi ed alle maggiori attività a livello comunitario.

Per poter lavorare in modo pragmatico e costruttivo, riteniamo opportuno procedere secondo uno schema semplice ma essenziale:

- attuare una prima ricognizione delle attività e delle esperienze a livello nazionale e regionale;
- istituire un gruppo di lavoro interistituzionale di supporto alla partecipazione italiana all'High Level Group della Commissione Europea e per l'elaborazione di un progetto pilota nonché per l'affiancamento delle Regioni e del Ministero nelle iniziative in questo settore;
- identificazione dei campi di applicazione principali della VIS.

Per quanto concerne il gruppo di lavoro interistituzionale la sua composizione prevede : per il Ministero della salute, la DG della Programmazione sanitaria, la DG della Prevenzione; la DG per i Rapporti con la UE e Rapporti Internazionali, la DG del Sistema Informativo); la Regione Toscana per il Coordinamento Regionale; una rappresentanza delle Regioni impegnate nell'elaborazione del Quadro Strategico Nazionale e nel potenziamento degli Osservatori epidemiologici; esponenti del mondo accademico e dell'Università; l'Istituto Superiore di Sanità e l'OMS (Ufficio OMS di Roma “Ambiente e Salute”).

In tema di campi di applicazione principali possono essere considerati i seguenti: ambiente, agricoltura, lavoro, produzione alimentare, trasporti (con particolare riguardo per la prevenzione degli incidenti).

Nel SANIT di Aprile è prevista una apposita sessione.

Si propone uno spazio dedicato nel portale del Ministero della salute, per facilitare un censimento delle iniziative e promuovere la cultura della Valutazione di impatto di salute.