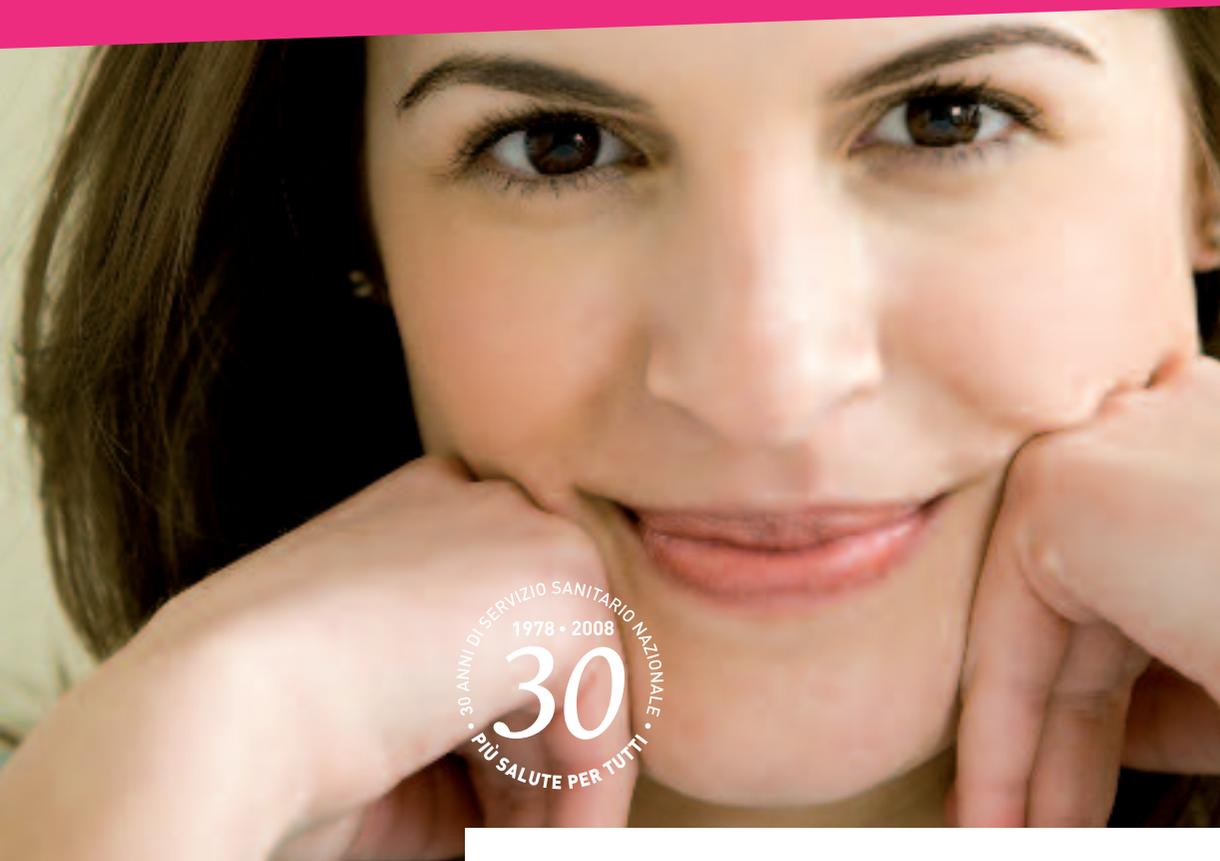




Ministero della Salute

La salute delle donne

Un diritto in costruzione



30 ANNI DI SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
1978 • 2008
30
PIÙ SALUTE PER TUTTI



Ministero della Salute

La salute delle donne

Un diritto in costruzione



INDICE GENERALE

<i>Introduzione</i>	5
La Salute delle Donne: un diritto in costruzione di Livia Turco	
PRIMA PARTE	9
Le azioni di governo	
SECONDA PARTE	25
I documenti fondamentali	
TERZA PARTE	232
I lavori della Commissione ministeriale "Salute delle donne"	

Introduzione

Ho voluto concludere così il mio mandato, non solo per dar conto delle iniziative che abbiamo realizzato in questi mesi per la tutela e la promozione della salute delle donne, ma anche per lasciare un messaggio, politico e culturale, rivolto al nostro paese, alla società nel suo complesso, ad ognuno di noi. Sono infatti sempre più convinta che sono necessarie le leggi, le risorse, i servizi, la professionalità degli operatori, ma che tutto questo non potrà mai essere da solo sufficiente. Occorre infatti attivare uno straordinario processo di emancipazione sociale, di grande cambiamento del nostro sistema produttivo, di trasformazione dei ruoli sociali e delle relazioni tra gli uomini e le donne, di costruzione di prassi sociali di solidarietà. Solo così il diritto alla salute delle donne può essere “il diritto forte” che promuove tutti gli altri diritti, sociali, economici, civili, politici. Solo così la promozione della salute delle donne diviene una vera strategia per i diritti di cittadinanza per tutti. La promozione della salute delle donne promuove infatti la salute della popolazione, è misura della qualità e dell’equità del nostro sistema sanitario, pubblico e universalistico, ma è anche molto di più. È il paradigma del livello di civiltà di un paese. La salute delle donne incrocia piani complessi, che riguardano le politiche sanitarie ma anche quelle non sanitarie, che attraversa le sfide inedite e straordinarie dello sviluppo tecnologico e scientifico, ma anche il modo di vivere, le relazioni tra le persone. Un grande tema, quindi, per la politica, per le istituzioni, ma anche per la società. Per questo è sempre più necessario attivare la partecipazione consapevole dei cittadini e aprire un vero, grande dibattito pubblico, una nuova stagione di grandi passioni ideali, di valori, principi.

Il secolo che si è aperto ci consegna un mondo segnato da stridenti contraddizioni, disuguaglianze, povertà, conflitti. Interi continenti sono ancora piegati da epidemie e malattie evitabili, mentre nei paesi sviluppati il progresso scientifico e tecnologico raggiunge traguardi persino inimmaginabili. Tragiche arretratezze e insieme straordinarie potenzialità. La disuguaglianza di genere legge ancora oggi tutte le altre disuguaglianze, discriminazioni, oppressioni. Nel mondo le donne sono ancora le più povere, le meno istruite, con minor reddito, con minori diritti civili. Nel nostro paese, nonostante la straordinaria crescita di soggettività e di protagonismo, la maggioranza delle donne resta ancora esiliata dai luoghi decisionali delle istituzioni, della politica. Nonostante le dichiarazioni e gli impegni formali di tutti i trattati internazionali, la frontiera dei diritti umani delle donne resta una sfida del tutto aperta. Chi ha la responsabilità di decidere non può mai distogliere lo sguardo da questa visione globale, perché questo è il vero terreno di prova dei nostri principi e valori, della sostanza del nostro dettato costituzionale.

Pace, democrazia, uguaglianza devono essere impegni strategici dei governi e degli stati, per garantire diritti e libertà delle persone, in ogni parte del mondo. Soprattutto delle donne e dei bambini. Come Ministro della Salute ho sempre avuto la piena consapevolezza che la promozione e la tutela del diritto alla salute, a partire da quello delle donne, significa impegnarsi direttamente per il raggiungimento di questi obiettivi.

Per questo ritengo sia stato un passaggio assai significativo del mio mandato la costruzione di quella che ho chiamato “La diplomazia della salute”, con la Conferenza tenuta l’8 febbraio 2007 a Roma per il Partenariato con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente per la promozione globale della salute, in particolare di quella delle donne. Ma anche la Conferenza dei Ministri della salute dell’Unione Europea, che si è svolta a Roma il 18 dicembre scorso e che si è conclusa con la firma di una Dichiarazione comune sulla strategia della “salute in tutte le politiche”, ha rappresentato un contributo importante verso una vera strategia di promozione della salute, in particolare delle donne. Si delinea qui la sostanza dell’approccio innovativo su cui ho voluto investire, per il miglioramento della qualità e dell’equità del nostro sistema sanitario.

“L’approccio di genere alla salute” è collocato all’interno di una strategia di azioni intersettoriali, capace di incidere sui determinanti della salute e per il contrasto delle disuguaglianze. Il “genere” è inteso come determinante essenziale della salute, in coerenza con quanto suggerito da tutte le risoluzioni dell’Unione Europea e dalle Conferenze internazionali sulla salute dell’Organizzazione Mondiale della Sanità. Sebbene numerose e consolidate siano le evidenze, ancora l’approccio di genere alla salute non rientra nell’analisi sistematica delle scelte di programmazione per gli interventi di promozione della salute. 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 biologica-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. E in questo senso ho molto investito sul lavoro della Commissione “Salute delle donne”- che ha riunito numerose e autorevoli donne del mondo scientifico, delle professioni, dell’associazionismo – che proprio a partire dall’approccio di genere alla salute ha prodotto elaborazioni e proposte, a partire dalle evidenze dimostrate.

L’approccio di genere alla salute deve insomma essere innanzitutto riconosciuto come una forte innovazione, che deve essere non solo introdotta, ma anche utilizzata con azioni di sistema. Studiare e capire le differenze di genere 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- ma che devono invece essere utilizzati nei programmi e nelle politiche, nella raccolta dei dati epidemiologici, demografici e statistici, nella valutazione dei risultati. Per questo occorrono dati sulla prevalenza di malattie e disturbi nei due generi, ma anche dati sulle condizioni di lavoro e di vita, sui ruoli sociali e familiari, sulla natura e sulla qualità delle relazioni, sui vissuti delle donne.

In questo senso mi voglio soffermare su un Progetto, che mi sta particolarmente a cuore e che è stato sollecitato dal lavoro della Commissione salute delle donne ma che ha anche raccolto il contributo di tanti amministratori e operatori. Riguarda l’aper-

tura in tutti i Pronto Soccorso di uno “sportello” dedicato alla violenza contro le donne e la specifica formazione di tutti gli operatori dei servizi ospedalieri e territoriali su questo tema, che deve essere considerato priorità di sanità pubblica. 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. La violenza è la prima causa di morte per le donne di età tra i 15 e i 44 anni, più del cancro, degli incidenti stradali e delle guerre. Un milione sono le donne che hanno subito stupri o tentati stupri; il 14,3% delle donne ha subito violenza da parte di un partner, ma solo il 7% lo denuncia. 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. Gli esiti della violenza sono pesantissimi, non solo psicologici ma anche fisici: patologie ginecologiche, gastroenterologiche, disturbi alimentari, patologie mentali e depressive. Dalla ricerca ISTAT emerge anche che tra i fattori che determinano una maggiore predisposizione a divenire un partner violento è quello di avere avuto un padre che picchiava la propria madre o che è stato maltrattato dai genitori, sollecitando una vera strategia che sia in grado di spezzare la spirale che incatena in un medesimo destino anche le generazioni future. Di tutto questo occorre che le istituzioni si facciano carico. Come Ministro della salute, inoltre, ho inteso assumere la complessità e la globalità del diritto alla salute delle donne, di tutte le donne, italiane e straniere, adolescenti o anziane.

Ho voluto iniziare il mio mandato con un provvedimento sui diritti della partoriente e del nato, perché innanzitutto ritengo che il percorso nascita sia una priorità per la promozione della salute delle donne e quindi di tutta la popolazione, ma anche per sottolineare un messaggio di ordine culturale, capace di attivare la responsabilità complessiva delle istituzioni e della società di fronte a quello che non solo è una straordinaria esperienza per una donna e una coppia, ma è anche evento collettivo, sociale. Un inizio, quindi, che dimostrasse l’importanza di rimettere al centro delle politiche pubbliche il desiderio e la scelta di essere madri, attivando un dibattito pubblico alto, a partire dall’esperienza e dai vissuti delle donne. E poi sono seguiti numerosi altri provvedimenti, di prevenzione e di promozione della salute, a partire dalla vaccinazione gratuita per le ragazze di 12 anni contro l’HPV, dall’implementazione dei programmi di screening e dei servizi di radioterapia, fino a specifici progetti su malattie emergenti come l’endometriosi. Ho concluso il mio mandato con un provvedimento per me molto significativo: l’atto di indirizzo per il miglioramento dell’applicazione della legge 194, che intende sollecitare la comune responsabilità istituzionale, del Ministero della Salute e delle Regioni, per la promozione della prevenzione, per la piena consapevolezza sulle scelte riproduttive della donna e della coppia, per l’educazione alla sessualità, per la formazione degli operatori, per adeguate modalità operative dei servizi, a partire dall’offerta attiva verso le fasce di popolazione più a rischio. Inoltre ho voluto insistere sulla qualità e appropriatezza del percorso di diagnosi prenatale e su una specifica attenzione all’informazione delle donne straniere.

E su questo vorrei concludere questa mia breve introduzione.

Sul tema dell’aborto si è aperto nel nostro paese un dibattito i cui toni non condivido. Si è riaperto nel nostro paese il rischio di uno scontro, di una lacerazione tra culture e sensibilità diverse che devono invece trovare occasioni di confronto e ascolto reciproco. La questione va oltre la legge 194, che ribadisce essere stata ed essere una buona legge, efficace, saggia e lungimirante.

Il tema è quello più generale della vita, della nascita e di tutti i temi etici che lo sviluppo tecnologico e scientifico ci consegna. Ripartire allora non solo dalla legge 194, ma dalla questione più generale della salute delle donne è una scelta che considero utile, necessaria, proprio per sollecitare quella che considero una riflessione ineludi-

bile sui corpi. Sono infatti i corpi delle persone oggi al centro delle politiche, all'interno dello scenario inedito dei nuovi straordinari successi dello sviluppo tecnologico e scientifico. Ed è su questo che occorre un'elaborazione alta, sociale, collettiva, perché profondi e inediti sono i cambiamenti. Gli sviluppi tecnologici e scientifici rappresentano una straordinaria occasione di progresso umano, ma contengono anche rischi e criticità. Non solo quelle di nuove possibili disuguaglianze e discriminazioni, perché l'accesso alle scoperte biotecnologiche è precluso a miliardi di persone nel mondo. Anche quelle che derivano dalla possibilità che sia l'offerta tecnologica a prevalere e non il bisogno delle persone; dalla trasformazione della possibilità di scelta delle persone in afasia dei soggetti; dallo spaesamento possibile delle coscienze di fronte ai mutamenti nella stessa percezione identitaria, antropologica. Questa complessità e questa profondità va nominata e riconosciuta. A partire dalla riflessione sui corpi e in particolare sui corpi delle donne. Serve una riflessione bioetica sull'esperienza umana della differenza sessuale, della corporeità delle relazioni che sono costitutive della soggettività e dell'identità di ognuno di noi.

Il dibattito sui temi etici dovrebbe essere allora finalizzato alla ricerca di un pensiero pubblico, tanto più necessario quanto ancora inadeguato e di una "ragione pubblica" capace di rispondere alle sfide inedite che le scoperte tecnologiche e scientifiche consegnano a tutti noi, attraversando la quotidianità delle vite concrete delle persone, dalla nascita, alla malattia, fino alla morte. Attraversando i corpi delle donne. Il mio auspicio resta quello che la politica sappia essere sempre più etica, non imprigionata nella tattica asfittica del giorno per giorno, ma proiettata strategicamente nella continua ricerca di valori alti, di senso, di significato. Una politica sempre più etica, che sappia distinguere tra impossibilità di mediare sull'assolutezza dei principi e dei valori e invece possibilità e necessità di costruire basi comuni per le scelte del bene comune. Una politica sempre più etica, che non abbia bisogno di supplenze nella legislazione etica, ma che confermi la solidità delle radici profonde e comuni di un pensiero democratico, laico, moderno, all'interno di un mondo sempre più multiculturale e multireligioso.

A partire dal riconoscimento dei diritti delle donne, a partire dal riconoscimento delle donne come soggetti morali. Soprattutto a partire dall'importanza della relazione: una delle parole incomprese e che invece devono stare dentro un nuovo alfabetico etico. Come si fa a parlare di vita, di nascita, senza interrogarsi sul complesso mistero della relazione tra un uomo e una donna e, ancor più, tra una madre e un figlio? La libertà di scelta delle donne ha prodotto relazioni più umane e consapevoli tra le persone, ha reso più confortevoli le nostre vite, ha riscaldato e reso dinamica la società in cui viviamo. Dobbiamo essere capaci di costruire progetto e cittadinanza sul riconoscimento dei legami reciproci e sulla capacità di prendersene cura. C'è bisogno di una politica materna, di una società materna: è il rovesciamento della mistica della maternità, è l'idea che la relazione e la cura degli altri – dei bambini, dei vecchi – non sono responsabilità e destino privato delle donne. C'è un cambiamento maschile che andrebbe interpellato e reso evidente, c'è una presenza delle donne sulla scena pubblica che, soltanto così, troverà il suo agio. E poi c'è la relazione con i ragazzi, con i figli, con quei giovani maschi e quelle giovani donne per i quali conta molto ciò che, su tutto questo, sanno dire le madri e i padri. Le loro parole, per essere ascoltate, devono abitare lo stesso luogo, il luogo della fragilità della condizione umana.

Per tutto questo ho voluto produrre questo libro: la salute delle donne come grande questione sociale e come priorità di sanità pubblica. Ma anche come occasione per ricostruire pensiero, cultura, confronto, passione, speranza.

Per la civiltà del nostro paese.

PRIMA PARTE

Le azioni di governo

INDICE PRIMA PARTE

Le azioni di governo	11
1. La promozione della salute delle donne: una sfida moderna	11
1.1 Il Piano d'azioni nazionale	
1.2 L'Audizione alla Camera dei Deputati	
1.3 La Commissione "Salute delle Donne"	
2. La nascita: tra naturalità e sicurezza	12
2.1 Il disegno di legge sui diritti della partoriente e del nato	
2.2 Le Linee nazionali di indirizzo sull'allattamento al seno	
2.3 Il Progetto Acido folico in gravidanza	
2.4 La campagna nazionale "Genitori +"	
2.5 Il Progetto Consultori	
2.6 I Livelli Essenziali di Assistenza	
2.7 Le risorse aggiuntive	
3. Scegliere di essere madri	15
3.1 L'applicazione della legge 40/2004	
3.2 L'applicazione della legge 194/1978	
3.3 L'Atto di indirizzo alle Regioni per la piena applicazione della legge 194/1978	
3.4 Il Progetto IVG donne immigrate	
4. Immigrate: donne in Italia	16
4.1 I progetti per la salute materno infantile	
4.2 Le Linee guida sulle mutilazioni genitali femminili	
5. Obiettivo Prevenzione: la lotta ai tumori	19
5.1 Il vaccino contro l'HPV	
5.2 Gli screening oncologici	
5.3 Il Progetto Tevere per la prevenzione dei tumori al seno	
6. La violenza contro le donne: una priorità di sanità pubblica	20
6.1 Il Progetto contro la violenza alle donne	
7. Endometriosi, patologia sociale	21
7.1 Il Progetto Endometriosi	
8. L'approccio di genere alla salute: innovazione necessaria	22
8.1 I corsi di formazione in medicina di genere	
8.2 La ricerca finalizzata	
9. La salute non ha confini: strategia della Diplomazia della Salute	23
9.1 Il Mediterraneo e il Medio Oriente	
9.2 La Conferenza dei Ministri della Salute dell'Unione Europea	

1. La promozione della salute delle donne: una sfida moderna

La promozione della salute delle donne promuove la salute di tutta la popolazione. È una priorità strategica degli obiettivi e della valutazione dei risultati del sistema sanitario nazionale. È settore specifico, ma anche contesto generale all'interno del quale misurare l'efficacia, la qualità e l'equità delle scelte di politica sanitaria. La promozione della salute delle donne è una sfida moderna, perché attiva la responsabilità interistituzionale per una strategia di azioni intersettoriali, essendo ambito privilegiato di intervento per gli obiettivi sanciti fin dalla Carta di Ottawa, quelli della riduzione delle disuguaglianze nello stato di salute della popolazione e della promozione dell'empowerment delle persone.

1.1 Il Piano d'Azioni sulla salute materno infantile 8 marzo 2007

Il "Piano d'Azioni sulla salute materno-infantile", presentato a Napoli l'8 marzo 2007, parte dalla consapevolezza che il diritto alla salute delle donne promuove e tutela tutti gli altri diritti sociali, civili e politici. In questo quadro abbiamo sottolineato l'importanza delle azioni intersettoriali per la salute delle donne con la previsione di un Piano nazionale interministeriale. Nel Piano d'Azioni abbiamo individuato obiettivi prioritari, considerando la salute delle donne durante tutto l'arco della vita, dalla nascita alla adolescenza, dall'età procreativa fino all'età matura. In particolare abbiamo individuato proposte su: percorso nascita, adolescenti e salute sessuale e riproduttiva, endometriosi, donne immigrate, prevenzione, tumori, violenza contro le donne.

1.2 L'Audizione alla Camera dei Deputati sulla Salute delle Donne 27 giugno 2007

Con questa Audizione ho voluto investire il Parlamento dell'importanza che assume per l'intero Paese una strategia di promozione della salute delle donne, rendendo conto delle innovazioni e delle proposte introdotte, ma soprattutto sollecitando l'autonoma iniziativa legislativa parlamentare.

1.3 La Commissione "Salute delle donne"

Nel giugno dello scorso anno ho istituito la Commissione salute delle donne, che ha riunito numerose e autorevoli esponenti del mondo scientifico, operatrici e operatori dei servizi, ma anche il mondo dell'associazionismo femminile. L'obiettivo è stato quello di introdurre l'approccio di genere alla salute come un forte contenuto innovatore per il miglioramento della qualità, efficacia ma anche qualità del sistema sanitario pubblico. È stato un lavoro molto importante, che ha prodotto un primo "Rapporto sullo stato di salute delle donne in Italia" ma è stata anche un'esperienza di elaborazione collettiva che ha intercettato aspettative diffuse delle donne, anche fuori della Commissione.

2. La nascita: tra naturalità e sicurezza

Negli ultimi decenni, anche grazie allo straordinario sviluppo delle scoperte tecnologiche e scientifiche, sono stati raggiunti rilevanti traguardi nell'ambito della tutela e promozione della salute materno infantile, a partire dalla riduzione della mortalità materna e di quella neonatale e infantile. Ma questo processo ha anche un'altra faccia, negativa, rappresentata dall'eccessiva medicalizzazione di tutto il percorso nascita, con l'aumento delle prestazioni inappropriate, l'aumento dei rischi ad esse connessi, la riduzione della naturale competenza delle donne. Da una parte, nonostante la quasi totalità delle gravidanze sia fisiologica, ogni gravidanza viene assai spesso considerata a rischio e, dall'altra, l'assistenza alle gravidanze patologiche non trova sempre adeguate risposte nell'offerta dei servizi. Questa è quindi la sfida che abbiamo di fronte: coniugare naturalità e sicurezza, come obiettivi entrambi necessari per la qualità e l'efficacia degli interventi e delle azioni.

2.1 Il Ddl per la promozione e tutela della salute e dei diritti delle partorienti e dei nati

Ho presentato come primo atto del mio mandato di Ministro della Salute questo provvedimento, per sottolineare la priorità strategica della promozione della salute materno infantile e per trasmettere un messaggio anche culturale capace di promuovere un grande dibattito pubblico sulla nascita come evento non solo individuale ma di grande rilevanza sociale. Il ddl sottolinea l'importanza di promuovere la naturalità del parto contro un eccesso di medicalizzazione della nascita e di contrastare le disuguaglianze territoriali e sociali ancora presenti nel nostro Paese, nonostante gli straordinari successi ottenuti dal sistema pubblico e universalistico nel percorso nascita.

Le finalità più importanti sono:

- promuovere un'appropriata assistenza alla nascita, tutelando i diritti e la libera scelta della gestante, in modo coerente con i modelli organizzativi delle Regioni;
- assicurare la tutela della salute materna, il benessere del nascituro e quello delle famiglie nell'esperienza della genitorialità;
- ridurre i fattori di rischio di malattia, pre e post - concezionali del nascituro attraverso appropriati interventi preventivi;
- potenziare l'attività dei consultori familiari, con l'attivazione di programmi specifici per la salute preconcezionale e riproduttiva, per la tutela della maternità e per la promozione dell'allattamento al seno;
- promuovere la più ampia conoscenza delle modalità di assistenza e delle pratiche socio-sanitarie raccomandate, con particolare riferimento ai corsi di accompagnamento alla nascita, anche al fine dell'apprendimento e dell'uso delle modalità per il controllo del dolore nel travaglio - parto, ivi comprese le tecniche che prevedono il ricorso ad anestesi locali e di tipo epidurale;
- rafforzare gli strumenti per la salvaguardia della salute materna e della salute del neonato; favorire il parto fisiologico e promuovere le modalità per l'appropriatezza degli interventi, al fine di ridurre l'incidenza dei tagli cesarei e aumentare la prevalenza dell'allattamento al seno, secondo le raccomandazioni dell'O.M.S. - UNICEF;
- promuovere un'assistenza ostetrica appropriata alla gravidanza a basso rischio, al parto fisiologico e al puerperio;
- assicurare la qualità dell'assistenza ostetrica e pediatrico/neonatologica nel periodo perinatale, da valutare con indicatori adeguati sull'impiego e sui ri-

- sultati delle pratiche raccomandate in base alle prove scientifiche;
- contrastare le diseguità territoriali e sociali di accesso ai servizi per la tutela materno – infantile anche per la popolazione immigrata, attraverso l'adozione del modello basato sull'offerta attiva, migliorando la fruibilità dei servizi da parte della popolazione più svantaggiata e prevedendo l'attuazione di programmi di assistenza socio - sanitaria e di mediazione culturale per le donne immigrate;
- promuovere l'offerta attiva di informazione e consulenza alle donne nel periodo pre-gravidanza, alle gestanti ed alle puerpere, anche mediante i corsi di accompagnamento alla nascita, stimolando l'impegno in tal senso dei servizi consultoriali e ospedalieri, anche al fine di una consapevole scelta del tipo di assistenza, del luogo e delle modalità del parto;
- promuovere l'informazione, l'assistenza e la consulenza alle donne e alle famiglie per interventi efficaci nell'ambito del puerperio e della salute psicofisica relazionale al post – partum;
- promuovere la continuità assistenziale per tutta la durata della gravidanza, nel periodo della nascita e dopo la nascita, garantendo l'integrazione tra territorio e strutture ospedaliere.

2.2 Le Linee nazionali di indirizzo per l'allattamento al seno

Riconosciuta la fondamentale importanza dell'allattamento al seno, secondo le raccomandazioni dell'OMS e dell'UNICEF, abbiamo emanato per la prima volta le Linee nazionali di indirizzo per la promozione dell'allattamento esclusivo al seno.

In esse ribadiamo che l'allattamento al seno è un diritto fondamentale dei bambini e che è un diritto delle mamme essere sostenute nella realizzazione del loro desiderio di allattare, nel rispetto delle diverse culture e nell'impegno a colmare ogni tipo di disuguaglianze.

Il Ministero della Salute si impegna a sostenere attività delle Regioni per la formazione degli operatori sanitari e sociali, perché siano in grado di fornire le informazioni di cui sopra e di sostenere le donne, in maniera competente, a mettere in pratica le decisioni prese. Si impegna altresì a promuovere iniziative al fine di creare ambienti e condizioni favorevoli alla pratica dell'allattamento al seno, anche prevedendo la collaborazione e il coinvolgimento degli altri Ministeri (in particolare: Lavoro, Politiche Sociali, Famiglia, Istruzione)

2.3 Il Progetto Acido folico in gravidanza

L'alimentazione è molto importante per il mantenimento dello stato di salute e per prevenire importanti malattie. Durante la gravidanza e nel periodo periconcezionale lo è ancora di più. Infatti può non essere sufficiente una dieta ricca di vitamine, frutta e verdure, ma occorre assumere in modo aggiuntivo acido folico, per proteggere il bambino da patologie quali spina bifida, anencefalia, labiopalatoschisi, malformazioni congenite del cuore, dell'apparato urinario, scheletrico. L'obiettivo generale del Progetto Ministero della Salute/CCM/ISS è la riduzione dei difetti congeniti attraverso campagne informative sull'assunzione ottimale di acido folico, rivolte a tutte le donne italiane in età fertile che programmano una gravidanza, ma anche alle adolescenti, con il coinvolgimento dei medici di medicina generale, pediatri, operatori dei consultori familiari.

2.4 La Campagna nazionale "Genitori +"

Genitori come veri protagonisti della salute dei propri figli, fin dal concepimento e dai primi giorni di vita del bambino. È questo il messaggio principale della campagna "Genitori Più", promossa dal Ministero della Salute, realizzata in col-

laborazione con la Regione Veneto, la Federazione italiana dei medici pediatri e l'Unicef.

Un messaggio basato sulla conoscenza di "Sette semplici azioni", che i genitori possono autonomamente attuare, di dimostrata efficacia per prevenire malattie, malformazioni, traumi, incidenti, obesità, infezioni ma anche difficoltà cognitive e relazionali.

2.5 Il Progetto Consultori

Il Percorso nascita è uno degli obiettivi strategici del Progetto Obiettivo Materno Infantile, che prevede specifiche modalità operative dei servizi. Ritengo una mia precisa responsabilità come Ministro della Salute quella di attivare il coinvolgimento delle Regioni al fine di un miglioramento della qualità delle prestazioni e per promuovere la valutazione sui risultati ottenuti. Il Progetto che abbiamo finanziato va in questa direzione, privilegiando l'attenzione sul ruolo dei consultori familiari, la cui attività viene monitorata secondo indicatori specifici.

2.6 I Livelli Essenziali di Assistenza

Come segno concreto di attenzione alla salute materno infantile e come da molto tempo suggerito dai pediatri, abbiamo portato in Conferenza Stato Regioni, nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza, la proposta di rendere obbligatori gli screening neonatali per la sordità e la cataratta congenita. Inoltre, per offrire alle donne una nuova possibilità di scelta, abbiamo anche previsto, nei Livelli Essenziali di Assistenza, l'anestesia epidurale durante il parto.

2.7 Le risorse aggiuntive

Per la promozione della salute delle donne servono servizi, professionalità, ma certamente anche risorse. In questo senso ho voluto prevedere un costante e rilevante impegno finanziario sia nell'anno 2006 che 2007, per potenziare e migliorare i servizi di radiodiagnostica e di radioterapia di interesse oncologico, con particolare attenzione ai tumori femminili e ai servizi nelle regioni meridionali e insulari; per le cure palliative pediatriche; per l'assistenza odontoiatrica pediatrica; per Progetti attuativi del PSN per la salute della donna e delle gestanti, delle parorienti e dei neonati; per le malattie rare; per gli screening oncologici e per il potenziamento dei consultori (in collaborazione con il Ministero della Famiglia); per il potenziamento delle terapie intensive neonatali.

3. Scegliere di essere madri

Sono profondamente convinta che occorra rimettere al centro delle politiche pubbliche il desiderio e la scelta di essere madri, attivando un dibattito pubblico alto, a partire dall'esperienza e dai vissuti delle donne, di ogni donna, italiana e straniera, feconda o sterile, occupata o disoccupata. Il mettere al mondo quindi come un'esperienza straordinariamente personale, ma anche come evento di grande rilevanza sociale, collettiva, che interroga le scelte della politica, delle istituzioni, ma anche i cambiamenti necessari nella società nel suo insieme, nelle relazioni familiari, tra uomini e donne. Scegliere di essere o non essere madri come diritto e libertà di ogni donna, da riconoscere e da rispettare.

Come già definito dall'OMS, la sessualità e la riproduzione sono considerate entro la prospettiva dei diritti umani. Salute sessuale e riproduttiva implica che le donne e gli uomini devono essere in grado di condurre una vita sessuale responsabile, soddisfacente e sicura. Devono avere la capacità di riprodursi e la libertà di decidere se, quando e quanto possono farlo. È sempre l'OMS a definire, tra gli obiettivi prioritari in Europa per il 2006 e 2007, la salute sessuale e riproduttiva delle/dei giovani.

È in questo quadro che, da una parte, ho presentato al Parlamento le Relazioni sullo stato di applicazione della legge 40/2004 e sulla legge 194/78, non solo come atti dovuti, ma anche come occasioni di dibattito e di confronto, tra le istituzioni ma anche fuori da esse e, dall'altra parte, ho inteso assumere come una 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). Ho voluto ribadire l'obiettivo della promozione della 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).

3.1 L'applicazione della legge 40/2004

Il mio compito come Ministro è stato quello di garantire alle donne e alle coppie la migliore efficacia e sicurezza delle tecniche e attuare al meglio i principi ispiratori dichiarati dalla legge, che sono la tutela della salute delle donne e la tutela degli embrioni, nella consapevolezza che la responsabilità di Ministro della salute mi impone la lealtà istituzionale del rispetto e dell'applicazione di una legge dello Stato e quella della tutela di principi costituzionali intangibili.

Su questo tema conosco le sensibilità, le culture, gli approcci diversi che sono presenti tra di noi e anche nella società nel suo insieme, che sono stati e continuano a essere motivo di profonde divisioni e lacerazioni. Non ho mai inteso in questo senso semplificare quello che rimane complesso e difficile. Il mio auspicio è stato e resta quello che si possa e soprattutto si voglia ricercare comunque il confronto e l'ascolto reciproco, premessa ineludibile per ricostruire le condizioni di un pensiero pubblico, tanto più necessario quanto ancora inadeguato e di una "ragione pubblica" capace di rispondere alle sfide inedite che le scoperte tecnologiche e scientifiche consegnano a tutti noi, attraversando la quotidianità delle vite concrete delle persone, dalla nascita, alla malattia, fino alla morte.

In merito all'aggiornamento delle Linee guida, previsto dall'art.7 della Legge 40/2004, ho trasmesso il testo delle nuove Linee guida al Consiglio superiore di sanità per il parere previsto dalla legge.

3.2 L'applicazione della legge 194/1978

Come Ministro della Salute, nella relazione che ho presentato al Parlamento, ho riaffermato che “la piena applicazione della legge 194/1978 è una priorità delle scelte di sanità pubblica” e che “ non si ravvisa la necessità di una sua modifica, ma viceversa si sottolinea la necessità di un rinnovato impegno programmatico e operativo da parte di tutte le istituzioni competenti e delle/degli operatrici/operatori dei servizi”. Inoltre evidenziando la complessità dei valori etici che i legislatori hanno consegnato alle istituzioni e alla società nel suo insieme, ho ribadito che “la legge è stata e continua a essere non solo efficace, ma saggia e lungimirante, profondamente rispettosa dei principi etici della tutela della salute della donna e della responsabilità femminile rispetto alla procreazione, del valore sociale della maternità e del valore della vita umana dal suo inizio”.

3.3 L'Atto di indirizzo alle Regioni per la piena applicazione della legge 194/1978

Con questo documento abbiamo voluto fornire una serie di indicazioni, che dovranno essere oggetto di intesa Stato Regioni, per una ancora migliore applicazione della legge 194, per una migliore tutela della salute sessuale e riproduttiva e sulla appropriatezza-qualità nel percorso della diagnosi prenatale. L'Atto di indirizzo prevede in particolare sei obiettivi:

- La prevenzione dell'IVG attraverso il potenziamento dei consultori ed altre misure finalizzate alla promozione della contraccezione, alla formazione degli operatori con particolare riferimento alle donne immigrate;
- La riduzione della morbilità da IVG e il miglioramento dell'appropriatezza degli interventi con la riduzione dei tempi di attesa e l'adozione di tecniche più appropriate di intervento e anestesia;
- L'aggiornamento delle procedure e del personale preposto;
- La rimozione delle cause che potrebbero indurre la donna all'IVG, sostenendo le maternità difficili;
- L'appropriatezza e la qualità nel percorso della diagnosi prenatale e in particolare nei casi di anomalie cromosomiche e malformazioni;
- La promozione dell'informazione sul diritto a partorire in anonimato.

3.4 Il Progetto IVG donne immigrate

L'obiettivo del progetto è quello di ridurre il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere (il tasso di abortività è 4 volte superiore a quello delle donne italiane), attraverso la promozione di una maggiore consapevolezza della propria salute riproduttiva, una maggiore conoscenza dei metodi contraccettivi, dei Servizi socio-sanitari, come i consultori, delle norme a sostegno della maternità.

In particolare si prevede la promozione della formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata ad approcci interculturali per la prevenzione dell'IVG; l'organizzazione dei servizi per favorire l'accesso e il loro utilizzo; la promozione di una diffusa e capillare informazione per la popolazione immigrata; la diffusione dell'informazione relativa alla legge che permette di partorire in anonimato e alle leggi di tutela della maternità.

4. Immigrate: donne in Italia

La natura e le finalità del nostro sistema sanitario, in quanto pubblico e universalistico, prevede che la promozione del diritto alla salute sia garantito a tutte le donne, italiane e straniere, che vivono nel nostro paese. Le donne straniere sono il 4.4% della popolazione femminile; il 13.8% dei parti avvenuti nel 2005 è relativo a madri di cittadinanza non italiana, al Centro Nord quasi il 20%: da questi semplici dati si evince che la programmazione, l'organizzazione dei servizi, la professionalità degli operatori deve essere riorientata in relazione alla presa in carico dei bisogni di salute delle donne immigrate.

In questo senso, coerentemente con quanto stabilito nel Testo Unico sull'immigrazione (legge Turco Napolitano) in merito alla tutela della salute degli immigrati, abbiamo voluto dare un particolare impulso alla tutela della salute delle donne immigrate e dei minori, prevedendo l'istituzione della Commissione salute e immigrazione e finanziando l'attività dell' "Istituto nazionale per la tutela della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà".

Le donne sono il 50% della popolazione immigrata, si fanno carico della loro salute, ma soprattutto della salute degli altri, familiari, comunità di riferimento. Per questo la promozione della loro salute e anche il loro diretto coinvolgimento sono fattori essenziali per il raggiungimento di risultati. L'empowerment delle donne immigrate è la vera garanzia per il miglioramento dello stato di salute di tutte le donne immigrate. Abbiamo insistito su alcune criticità note: salute sessuale e riproduttiva; percorso nascita; interruzione volontaria di gravidanza; problemi oncologici; salute mentale; maggiore vulnerabilità per le donne rom, le donne prostitute e vittime della tratta, le donne vittime di mutilazioni genitali femminili. Questa consapevolezza deve servire ad orientare le scelte programatorie e l'organizzazione dei servizi, a partire dall'offerta attiva e dal ruolo delle figure di mediazione culturale, per garantire l'accesso alle prestazioni.

4.1 Progetti per la salute materno infantile

Tra le varie proposte abbiamo attivato la produzione di materiale informativo, tradotto in diverse lingue, sulla salute e sicurezza del neonato, sulle azioni di prevenzione delle malattie infettive, di tutela della salute delle donne, diffuso nelle comunità, nei consultori, nei reparti di maternità, attraverso gli operatori sanitari ed i mediatori culturali, dalle associazioni di volontariato. È anche in fase di elaborazione uno specifico progetto sui medesimi temi, da realizzare con la collaborazione dell' "Istituto nazionale per la tutela della salute della popolazione immigrata e per il sostegno delle malattie della povertà", di sensibilizzazione delle donne immigrate; di formazione degli operatori sanitari sulle diversità culturali che sottendono i vari modi di sentire il proprio corpo, la malattia, ma anche la gravidanza e la maternità; di sperimentazione di servizi con mediatori culturali, personale sanitario femminile, orari particolari per facilitare l'accesso ai servizi da parte delle donne straniere.

4.2 Le Linee guida per la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile

Su questo problema abbiamo elaborato Linee Guida che si muovono nell'ambito dell'obiettivo prioritario dell'affermazione del rispetto della donna come persona, della sua dignità, del diritto all'integrità del suo corpo, alla salute, all'esercizio delle libertà fondamentali. Il tema delle mutilazioni genitali femminili ha profonde implicazioni di ordine psicologico, economico, sociale e culturale. Occorre quindi contrastare tale fenomeno ma anche assumerne la complessità. In

questo senso abbiamo ritenuto importante produrre indicazioni rivolte agli operatori sanitari e sociali che, nell'esercizio della loro professione, incrociano queste problematiche. Sono indicazioni alle Regioni per attivare la formazione del personale sanitario, per l'assistenza e la riabilitazione delle donne che hanno già sperimentato tali pratiche. Il messaggio di fondo è: non stigmatizzazione, ma, nella fermezza della condanna, invito ad accogliere e ad integrare.

5. Obiettivo Prevenzione: la lotta ai tumori

La prevenzione dei tumori è un programma strategico del Servizio sanitario nazionale. In questo senso abbiamo potenziato il sistema degli screening oncologici e abbiamo anche introdotto, per la prima volta nel nostro paese, la vaccinazione per la prevenzione del tumore del collo dell'utero.

5.1 Il vaccino contro il Papilloma Virus (HPV)

Abbiamo avviato, in collaborazione con le Regioni, un piano di vaccinazione gratuita contro l'HPV per la prevenzione del carcinoma del collo dell'utero, rivolto alle ragazze tra gli 11 e 12 anni di età. Il vaccino è offerto quest'anno a tutte le 280.000 bambine nate nel 1997. L'Italia è il primo Paese europeo a pianificare una strategia di vaccinazioni pubblica gratuita contro l'HPV. L'obiettivo della campagna di vaccinazione è quello di giungere ad una forte riduzione di questa malattia nelle prossime generazioni. Sarebbe una vittoria senza precedenti nella guerra contro uno dei più terribili nemici delle donne.

5.2 Gli screening oncologici

Gli screening oncologici rimangono una delle armi migliori per prevenire alcune patologie tumorali. Per questo, con il coinvolgimento delle Regioni e grazie ai finanziamenti stanziati con le leggi Finanziarie, abbiamo potenziato i servizi di prevenzione, in particolare nel sud del paese e abbiamo avviato campagne di sensibilizzazione sull'importanza degli screening per i tumori della cervice uterina, della mammella e del colon retto.

Ho voluto garantire la continuità degli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione attraverso il rifinanziamento degli interventi per gli screening oncologici che, sebbene inclusi nei LEA, non hanno raggiunto lo stesso grado di sviluppo in tutto il paese. In questo senso sono stati stanziati 20 milioni di euro per l'anno 2007 e 18 milioni annui, per il biennio 2008-2009, in particolare destinati a ridurre le ancora forti differenze presenti a livello territoriale, dando priorità alle Regioni meridionali e insulari. I traguardi finali raggiunti con il Piano Screening entro il 2007 sono:

- l'estensione pari al 50% dell'offerta degli screening nelle aree non coperte da alcun programma
- una estensione pari al 90% dell'offerta degli screening nelle aree in cui sono già attivi programmi di screening.

Viene inoltre previsto un consolidamento e rafforzamento delle iniziative della Lega per la Lotta contro i Tumori (2 milioni di euro annui)

5.3 Il Progetto "Tevere" per la prevenzione dei tumori al seno

Studio unico al mondo sulla prevenzione dei tumori al seno condotto su donne sane (circa 20.000 in tutta Italia), con la collaborazione di tre grandi istituti oncologici italiani, l'Istituto Oncologico Europeo, l'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano e l'Istituto Regina Elena di Roma, con il coinvolgimento delle strutture del SSN delle Regioni Sicilia, Toscana e Lombardia. Interamente finanziato dalla Sanità pubblica, per la salvaguardia della salute delle donne.

6. La violenza contro le donne: una priorità di sanità pubblica

La violenza contro le donne rende più incivile, fragile, insicuro il nostro paese. È necessario un approccio globale dell'azione pubblica: sensibilizzare, prevenire, tutelare, progettare. La violenza contro le donne è una priorità delle scelte di sanità pubblica, perché la promozione e la tutela del diritto alla salute delle donne significa prendersi carico dei loro bisogni sanitari, ma anche della loro vita, dei loro desideri, della loro libertà. Come Ministro della salute ho inteso promuovere questa strategia, a partire dall'informazione e dall'educazione nelle scuole, alla formazione di tutti gli operatori, dai medici di medicina generale agli operatori dei servizi territoriali e ospedalieri, prevedendo uno specifico progetto, che istituisce l'apertura di uno Sportello dedicato in ogni Pronto Soccorso e di Centri Regionali di riferimento, aperti per 24 ore.

6.1 Il Progetto contro la violenza alle donne

La violenza sessuale e il maltrattamento hanno un impatto sulla salute delle donne, 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: i distretti, i medici di medicina generale, i consultori 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.

7. Endometriosi, patologia sociale

L'endometriosi è una patologia cronica che colpisce l'apparato riproduttivo femminile, che compromette pesantemente la salute delle donne, la qualità della loro vita sociale, lavorativa, sessuale e soprattutto la loro fertilità. Nel nostro Paese ne soffrono tre milioni di donne.

7.1 Il Progetto Endometriosi

Abbiamo per questo voluto predisporre uno specifico progetto, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera S. Andrea e l'Istituto Superiore di Sanità, che intende promuovere l'informazione e la sensibilizzazione su questa patologia, coinvolgendo i medici di medicina generale, dei servizi sanitari territoriali e rivolgendosi alla popolazione in generale, affinché i genitori pongano attenzione alla dismenorrea/dolori pelvici delle loro figlie e affinché le donne in età feconda non trascurino la sintomatologia algica pelvica. Il progetto prevede l'istituzione della Giornata nazionale per la lotta all'endometriosi, già adottata in altri paesi europei; il Registro nazionale (che è stato anche previsto nella legge finanziaria) per la raccolta dei dati, fino ad oggi non stimati o sottostimati; la formazione per il personale sanitario; linee guida sull'appropriatezza diagnostico terapeutica; la presa in carico della donna attraverso una rete assistenziale coordinata tra centri territoriali e centri di eccellenza che siano anche centri di ricerca scientifica e clinica; finanziamenti specifici per la ricerca; un Tavolo Interistituzionale, coordinato dal Ministero della salute e dal Ministero delle pari opportunità, che veda coinvolti il Ministero del lavoro, delle politiche sociali, le Regioni e l'associazionismo.

8. L'approccio di genere alla salute: una innovazione necessaria

Occorre considerare il genere tra i determinanti della salute e investire sulle evidenze e sulle coerenze che l'approccio di genere alla salute comporta. La dimensione di genere non è infatti pienamente utilizzata, ancora oggi, come strumento sistematico per programmare le azioni e gli interventi di promozione della salute e persistono stereotipi e pregiudizi, nella ricerca biomedica e in medicina, dallo studio dell'eziologia ai fattori di rischio e protettivi per la salute, dai sintomi alla diagnosi, dalle misure di riabilitazione alla valutazione dei risultati dei trattamenti. Rilevante è ancora la sottovalutazione dei bisogni di salute delle donne all'interno di una ricerca medica centrata sull'uomo e sulla sua realtà biologica e sociale, 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. Studiare e capire le differenze di genere è quindi 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 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. Su tutto questo non solo ha lavorato la Commissione Salute delle donne, ma sono stati anche definiti specifici Progetti.

8.1 I corsi di formazione in medicina di genere

Insieme al Ministero della Ricerca e dell'Università, sono stati avviati i corsi di formazione di Medicina di genere, a partire dalla Facoltà di Medicina dell'Università Tor Vergata di Roma che ha istituito per l'anno 2008 uno specifico Master.

8.2 La Ricerca Finalizzata 2007

Il Bando della Ricerca Finalizzata 2007 ha accolto alcuni progetti strategici nelle aree tematiche: "Salute della donna – Medicina di genere" e "Salute della donna – area materno infantile", che affrontano per la prima volta in termini scientifici le problematiche inerenti la salute della donna in tutti i suoi aspetti, come obiettivo strategico di sanità pubblica, con riferimento anche alle nuove conoscenze per la tutela della salute materno infantile. La Commissione Nazionale della Ricerca Sanitaria ha approvato in via preliminare 4 progetti afferenti all'area Medicina di genere e 5 progetti dell'area Materno infantile, che saranno sottoposti nei prossimi mesi al vaglio di esperti esterni indipendenti

9. La salute non ha confini: la strategia della diplomazia della salute

Il secolo che si è aperto ci consegna un mondo segnato da stridenti contraddizioni, disuguaglianze, povertà, conflitti. Interi continenti sono ancora piegati da epidemie e malattie evitabili, mentre nei paesi sviluppati il progresso scientifico e tecnologico raggiunge traguardi persino inimmaginabili. Tragiche arretratezze e insieme straordinarie potenzialità.

Chi ha la responsabilità delle decisioni non può mai distogliere lo sguardo da questa visione globale, perché questo è il vero terreno di prova dei nostri principi e dei nostri valori, della sostanza del nostro dettato costituzionale.

Pace, democrazia, uguaglianza devono essere impegni strategici dei governi e degli stati, per garantire diritti e libertà delle persone, in ogni parte del mondo. Soprattutto delle donne e dei bambini.

Come Ministro della Salute ho la piena consapevolezza che la promozione e la tutela del diritto alla salute significa impegnarsi direttamente per il raggiungimento di questi obiettivi. Le disuguaglianze nello stato di salute della popolazione leggono infatti tutte le altre disuguaglianze e discriminazioni, quelle sociali e quelle tra uomini e donne. Occorre promuovere, quindi, un riposizionamento delle politiche pubbliche, che orienti le scelte tenendo conto della valutazione di impatto sulla salute di tutte le politiche e che consideri il diritto alla salute come diritto forte capace di riconoscere e promuovere tutti gli altri diritti, sociali, economici, civili.

La strategia della "Diplomazia della salute" va in questa direzione.

9.1 Il Mediterraneo e il Medio Oriente

La salute materno-infantile è un settore prioritario per la collaborazione sanitaria internazionale. La "Conferenza per la costituzione di un partenariato per la salute con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente" ha rappresentato il punto di partenza per una nuova politica sanitaria che considera la salute come uno strumento di pace e sviluppo umano.

La salute dei popoli è quindi pre-condizione essenziale per ogni politica di sviluppo, un valore intrinseco universale, un obiettivo primario da raggiungere, un ruolo a sostegno delle azioni di pace e solidarietà nel mondo.

La salute delle donne costituisce ancora un elemento di preoccupazione, sia per gli alti valori di mortalità materna rilevati in molti paesi, sia per la numerosità delle donne che non ricevono ancora assistenza qualificata al parto.

Fra le iniziative più recenti, vanno ricordate:

- Progetto pilota in Marocco per la stipula di un Accordo bilaterale nel campo della sanità e delle scienze mediche. La medicina comunitaria, in particolare la salute materno infantile e la nutrizione, è stato considerato settore prioritario di collaborazione.
- Egitto –Commissione mista di valutazione e monitoraggio e stesura del nuovo Piano d'azione, nel quale la salute materno-infantile è particolarmente rappresentata. L'HIV costituisce un tema di particolare interesse, soprattutto per quanto riguarda lo studio epidemiologico di trasmissione, specialmente intrafamiliare. Gli interventi nel campo dei trapianti, un altro settore prioritario, riguardano in particolare i casi pediatrici, mentre nel settore oncologico priorità è data agli screening dei tumori femminili.
- Piano d'azione, nel quale la salute materno-infantile è un settore specifico di intervento, che prevede in particolare iniziative per la prevenzione dei tumori femminili.
- Secondo seminario italo-tunisino sulla perinatologia e ginecologia, organizzato in collaborazione con l'Università La Sapienza di Roma e volto a favorire le iniziative per la salute della donna, della gestante, della partoriente

- e del neonato, che rappresentano un elemento di primaria importanza per gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio.
- Arabia Saudita – Firma dell’Accordo, che prevede, tra l’altro, la collaborazione dei due Paesi per il trattamento di casi clinici difficili, compresi bambini affetti da malformazioni dell’apparato urinario.
 - Albania - Firma dell’Accordo, che prevede, fra l’altro, la promozione della salute della madre e del bambino e la sorveglianza e prevenzione dell’HIV/AIDS.
 - Armenia - Stage formativo di ginecologia laparoscopica per tre ginecologi armeni presso l’ospedale “Fatebenefratelli - Villa San Pietro” di Roma.
 - Georgia – Firma dell’Accordo e del Piano d’azione, nel quale il settore materno infantile rappresenta una priorità.
 - Francia – ricevimento di una delegazione dell’Osservatorio Europeo sulla Previdenza Sociale per illustrare la politica sanitaria italiana, ed in particolare il Piano d’azione per la promozione e la tutela della salute delle donne e dei bambini.
 - Russia - vista di cortesia in Italia del Primo Vice Presidente del Governo della Federazione Russa D. Medvedev, e partecipazione ad un incontro presso l’Ospedale Bambino Gesù nel corso del quale sono state presentate le linee della politica sanitaria italiana nel contesto dell’assistenza materno-infantile.
 - Afghanistan – ricevimento di una delegazione composta da Malalai Joya, attivista dei diritti umani (e in particolare di quelli delle donne) in Afghanistan. Sono state discusse le concrete possibilità di aiuto che l’Italia può garantire a questa popolazione, in cui ogni 28 minuti una donna muore di parto, la mortalità infantile è fra le più alte del mondo e solo una persona su tre sa leggere e scrivere. La salute, l’educazione, i diritti umani e la pace sono stati individuati come gli elementi fondamentali strettamente legati fra loro che possono garantire un miglioramento delle condizioni di vita del popolo afgano.
 - Cina – ricevimento di una delegazione cinese della provincia di Hu Nan, composta da medici ed esperti del settore materno infantile e visita presso l’ospedale Fatebenefratelli di Roma, per uno studio conoscitivo dell’organizzazione dei Servizi materni ospedalieri.

9.2 La Conferenza dei Ministri della Salute dell’Unione Europea “La Salute in tutte le Politiche” Roma – 18 dicembre 2007

“La salute in tutte le politiche” è il nuovo compito che i sistemi sanitari devono assumere. Significa promuovere azioni capaci di incidere sui determinanti della salute e valutare l’impatto che le politiche non sanitarie hanno sulla salute.

Il genere deve essere inteso come determinante essenziale della salute e devono essere esplicitate le evidenze, l’individuazione di indicatori, la misurabilità degli stessi rispetto all’efficacia, qualità ed equità delle politiche sanitarie. L’approccio di genere alla salute diventa un’innovazione, innanzitutto teorica, analitica su cui debbono convergere le esperienze e le elaborazioni più avanzate rispetto alla promozione della salute e alla riduzione delle disuguaglianze nella salute. Servono una strategia e azioni di sistema, dall’alto (nelle istituzioni centrali) e dal basso (nelle realtà locali, territoriali) e servono raccolta e scambio di dati, in quanto il “dato” non è un fattore neutro, poiché a seconda dei dati che si raccolgono o di come si usano, si possono far emergere problemi, evidenziare situazioni, o viceversa non darvi rilievo. La Conferenza dei Ministri della Salute dell’Unione Europea che si è svolta a Roma nel dicembre scorso ha rappresentato un significativo passaggio per implementare questa strategia di azioni intersectoriali, producendo una Dichiarazione finale che impegna i governi e gli Stati in questa direzione.

SECONDA PARTE

I documenti fondamentali

INDICE SECONDA PARTE

I documenti fondamentali

La promozione della salute delle donne: una sfida moderna28

Il Piano di azioni per la promozione
e la tutela della salute delle donne e dei bambini28
8 marzo 2007

Audizione del Ministro della Salute Livia Turco
alla XII Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati69

27 giugno 2007
Intervento introduttivo
per l'insediamento della Commissione "Salute delle Donne"78

La nascita tra naturalità e sicurezza

Disegno di legge "Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione
del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato"87
14 luglio 2006

Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione
e il sostegno dell'allattamento al seno93
G.U. 7 febbraio 2008

Progetto per la Prevenzione primaria
di difetti congeniti mediante acido folico97
28 febbraio 2007

Accordo di collaborazione per la campagna di comunicazione "Genitori +"111

Progetto consultori: "Percorso nascita: promozione
e valutazione della qualità dei modelli operativi"116

Scegliere di essere madri

Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione
della Legge contenente norme in materia di procreazione
medicalmente assistita (Legge 40/2004) - anno 2006126

Audizione in Commissione Affari sociali della Camera
sullo stato di applicazione della legge 40/2004.....132
17 ottobre 2007

Relazione sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale
della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78)139
4 ottobre 2007

Schema Atto di indirizzo su: "Indicazioni al fine di una migliore
applicazione della legge 194/78, di una migliore tutela della salute
sessuale e riproduttiva e sulla appropriatezza-qualità nel percorso
della diagnosi prenatale"146

Piano nazionale per la prevenzione IVG donne straniere155
26 febbraio 2008

Immigrate: donne in Italia

Linee guida per attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e
delle bambine sottoposte a pratiche di mutilazione genitale femminile172
29 maggio 2007

Obiettivo Prevenzione: la lotta ai tumori

Accordo Stato - Regioni per l'offerta attiva204
del vaccino contro l'infezione da HPV in Italia
20 dicembre 2007

Progetto “Tevere”	221
La violenza contro le donne: una priorità di sanità pubblica	
Progetto accoglienza e assistenza delle vittime di violenza sessuale e domestica presso i servizi ospedalieri e territoriali	222
<i>3 dicembre 2007</i>	
Progetto Endometriosi.....	225
<i>20 dicembre 2007</i>	
La salute non ha confini: strategia della Diplomazia della Salute	
Testo della Dichiarazione finale della Conferenza UE	
“La salute in tutte le politiche”	229
<i>18 dicembre 2007</i>	

VERSO UN PIANO DI AZIONI per la promozione e la tutela della salute delle donne e dei bambini

8 marzo 2007

Premessa

Nel mondo.

- Nella Regione Europea dell'OMS
- Condizioni di salute delle donne nella Comunità europea.
- Il diritto globale alla salute

In Italia.

- Donne e salute
- I determinanti socioeconomici della salute delle donne
- Le donne immigrate
- La violenza contro le donne
- Interruzione volontaria della gravidanza
- Le neoplasie femminili.
- Gravidanza, parto, puerperio (rilevazione dati CedAp).
- I dati sui ricoveri ospedalieri pediatrici (schede SDO)
- La salute dei bambini e degli adolescenti.

Il quadro normativo attuale.

- Il P.O.M.I.
- I LEA.
- Le leggi (405/75, 194/78, 34/96).
- Piano Sanitario Nazionale.
- Linee Guida nazionali.
- Piano Nazionale di Prevenzione.
- Piano nazionale vaccini

Obiettivi strategici.

- Dalla Carta di Ottawa al "New Deal" (empowerment, modello sociale di salute, la sanità come motore di sviluppo).
- Riduzione delle disuguaglianze
- Promozione di politiche pubbliche di promozione della salute.
- La promozione della salute delle donne come priorità.

Azioni già deliberate:

- Finanziaria 2007
- Ddl del Governo "PER LA PROMOZIONE E TUTELA DELLA SALUTE E DEI DIRITTI DELLE PARTORIENTI E DEI NATI"
- Vaccino HPV
- Screening neonatale obbligatorio per le sordità congenite.
- Linee di indirizzo nazionale sull'allattamento materno

- Progetto Ministero Salute / CCM / ISS – “STRATEGIE UTILI A FAVORIRE UNA ASSUNZIONE OTTIMALE DI ACIDO FOLICO”
- Progetto Ministero Salute/CCM/ISS “PER LA PROMOZIONE E LA VALUTAZIONE DI QUALITA’ DI MODELLI OPERATIVI DEL PERCORSO NASCITA”
- Campagna Nazionale di Comunicazione “GENITORI PIU”
- Progetto Ministero Salute/CCM/ISS “PER LA SORVEGLIANZA SUGLI STILI DI VITA E I COMPORTAMENTI SALUTARI DELL’ETÀ EVOLUTIVA (6-15 anni)”
- Cure Palliative Pediatriche
- Piano Nazionale di Prevenzione della Sterilità (art. 2 legge 40)
- Commissione ministeriale “SALUTE DELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA”

Azioni in corso:

- Modifica D.M. 500 sul Codice Internazionale commercializzazione lattini
- Modifica art. 11 legge n. 53/2000 (Congedi per neonati pretermine)
- Linee Guida Taglio Cesareo
- Certificazione ostetriche
- Revisione Linee Guida legge 40
- Modifica D.M. Registro legge 40 (per rilevazione dati scorporati)
- Ministero Salute/ISS: Sistema di sorveglianza mortalità materna
- Modifica sistema di rilevazione dati SSN per genere e indicatori socioeconomici
- Miglioramento sistema rilevazione CedAp
- Piano di Prevenzione Odontoiatria Infantile
- Obiettivi prioritari PSN 2006-2008: SALUTE DEL NEONATO, BAMBINO, ADOLESCENTE
- Piano per la promozione dello “Spazio Adolescenti” nei Consultori Familiari
- Progetto “APERTURA SPORTELLI VIOLENZA CONTRO LE DONNE SU TUTTO IL TERRITORIO NAZIONALE”
- Endometriosi
- Carcinoma della mammella
- Menopausa
- Osteoporosi
- PIANO STRATEGICO INTERSETTORIALE PER LA SALUTE DELLE DONNE
- Commissione ministeriale “VALUTAZIONE IMPATTO SALUTE (VIS)”

Premessa

NEL MONDO

Quasi 3 miliardi di persone vivono con meno di 2 dollari al giorno.

Il reddito delle donne è il 30% di quello degli uomini.

Nelle comunità rurali dei Paesi in Via di Sviluppo le donne sono responsabili della produzione alimentare in misura del 60-80%, ma non possono comprare o disporre della terra senza il consenso del marito.

In Africa le donne ottengono solo l'1% del credito totale erogato per il settore agricolo.

Più di 115 milioni di bambini non frequentano la scuola primaria.

Una bambina su cinque non completa l'istruzione primaria.

Le donne analfabete sono il doppio degli uomini.

I figli di madri non istruite hanno una probabilità doppia di non andare a scuola.

Sono 130 milioni le donne con mutilazioni genitali.

150 milioni di bambine e 73 milioni di bambini sotto i 18 anni subiscono rapporti sessuali forzati e abusi.

Il 36% delle donne tra i 20 e i 24 anni sono sposate o convivono da prima dei 18 anni.

Nonostante le sanzioni contro i matrimoni precoci, nei prossimi 10 anni si calcola che si sposeranno oltre 100 milioni di ragazze minorenni.

14 milioni di donne tra i 15 e i 19 anni mettono al mondo un figlio. E i figli di queste ragazze hanno un rischio 60 volte maggiore di morire entro il primo anno di vita.

Ogni minuto una donna muore per gravidanza e parto. Sono 500.000 ogni anno.

Ogni minuto 20 donne restano gravemente menomate o disabili per le complicanze della gravidanza e del parto.

I neonati senza madre hanno 10 volte di più la probabilità di morire.

Ogni anno più di 3,3 milioni di bambini nascono morti, più di 4 milioni muoiono entro 28 giorni dalla nascita e 6,6 milioni muoiono prima dei 5 anni di età.

Il 99% della mortalità materna avviene nei Paesi in Via di Sviluppo. All'interno di uno stesso stato le donne benestanti hanno molto più facilmente accesso all'assistenza professionale.

Le gravidanze indesiderate ogni anno sono 76 milioni, gli aborti a rischio –che sono una delle principali cause di mortalità materna- sono 19 milioni.

I problemi di salute riproduttiva sono una delle principali cause di morte e patologie disabilitanti per le donne. Le patologie legate alla salute riproduttiva riducono la produttività complessiva femminile anche del 20%.

Ogni giorno sono contagiati dall'HIV 6.000 giovani.

Più della metà dei 40 milioni di persone che vivono con l'HIV sono donne.

Le donne sono quelle più esposte al contagio dell'HIV e in molte aree dell'Africa per le ragazze tra i 15 e i 24 anni è 6 volte maggiore il rischio rispetto ai ragazzi.

Nei Paesi in Via di Sviluppo le donne giovani sono il 67% di tutti i nuovi casi di HIV.

Quattro quinti di tutte le nuove infezioni da HIV che colpiscono le donne si verificano all'interno del matrimonio.

Solo l'8% delle donne incinte e il 16% delle prostitute in tutto il mondo è stato raggiunto nel 2003 da campagne di prevenzione per l'HIV.

Ogni anno 800.000 sono le vittime di traffico e l'80% sono donne e bambini.

La violenza contro le donne tra i 15 e i 44 anni uccide quanto il cancro. Il prezzo in termini di salute delle donne supera quello degli incidenti stradali e della malaria messi insieme.

L'80% dei 35 milioni di profughi nel mondo e di rifugiati interni sono donne e bambini.

La spesa militare globale è di circa 1.000 miliardi di dollari all'anno; l'aiuto allo sviluppo nel 2003 è stato di 69 miliardi di dollari.

Nella Regione Europea dell'OMS

Malgrado i considerevoli progressi compiuti nelle ultime decadi, nella Regione Europea dell'OMS vi sono differenze inaccettabili in tema di salute materno-infantile, sia tra i Paesi che all'interno di essi. Un bambino nato nei Paesi dell'Ex-Unione Sovietica ha una possibilità di morire nei primi 5 anni di vita 3 volte maggiore che nei Paesi della UE.

Le cause principali di mortalità infantile nei primi 5 anni di vita, nei Paesi europei con tassi più elevati di mortalità, sono la carenza di assistenza neonatali, le infezioni respiratorie, le malformazioni e le malattie diarroiche. Anche le "cause esterne", come gli incidenti, rappresentano un'importante causa di morte, soprattutto nei Paesi dell'Est Europa.

Nel 2001 il tasso di mortalità materna nelle Repubbliche dell'Asia centrale era di 42 per 100.000 nati vivi, in netto contrasto con un tasso di 5 per 100.000 nei Paesi UE. Più del 70% delle morti materne hanno le stesse cause: emorragie eclampsia, sepsi e aborto non sicuro. Condizioni come l'HIV-AIDS, tubercolosi, malattie cardiache e malaria possono spesso aggravare le complicazioni della gravidanza e del parto. Profonde disuguaglianze esistono anche all'interno dei Paesi. I segmenti più poveri della popolazione hanno tassi di mortalità infantile più elevati. In molti Paesi vi sono marcate differenze tra aree urbane e aree rurali.

Sebbene la mortalità sia spesso considerata come principale strumento di misurazione della salute, essa rappresenta solo la punta di un iceberg: per ogni madre o bambino che muore, molti di più si trovano in cattive condizioni di salute, spesso con conseguenze che durano tutta la vita.

Alcuni dati (relativi a selezionati Paesi della Regione Europea OMS)

Paese	Mortalità infantile (per 1.000 nati vivi)	Mortalità materna (per 100.000 nati vivi)
Austria	4.84	6.63
Azerbaijan	12.52	25.37
Federazione Russa	14.57	36.52
Francia	4.46	7.28
Germania	4.31	3.68
Grecia	5.10	3.91
Italia	4.64	2.07
Paesi Bassi	5.37	6.91
Portogallo	5.06	5.32
Repubblica Ceca	3.97	8.82
Regno Unito	5.50	7.92
Spagna	4.08	4.18
Svizzera	4.98	1.36
Turchia	36	...
Ucraina	11.38	23.91
Uzbekistan	18.38	34.12
Regione Europea dell'OMS	9.73	17.5
UE	5.78	7.12
CIS	16.6	35.9

Condizioni di salute delle donne nella Comunità europea.

Le donne rappresentano il 52% della popolazione nella Comunità europea.

La speranza di vita delle donne è aumentata fino a superare gli 80 anni, mediamente 6 anni di più rispetto alla media maschile.

Il tasso di nuzialità è diminuito in maniera significativa e i divorzi sono più che triplicati. L'età media del primo matrimonio e l'età corrispondente alla prima nascita sono aumentate.

Il tasso di attività delle donne è aumentato in maniera considerevole, anche se si registrano grandi variazioni fra Stati membri, dal 70% nei paesi nordici al 40% nei paesi del sud. Tale tendenza si è accompagnata allo sviluppo del lavoro a tempo parziale (70-90% dei posti di lavoro a tempo parziale sono occupati da donne) e del lavoro temporaneo. Per quanto attiene alla disoccupazione, le donne ne sono colpite maggiormente rispetto agli uomini.

In media, circa una donna su 4 subisce limitazioni delle sue attività giornaliere, e tale media aumenta con l'età.

Il 10% delle donne della Comunità segnalano di essere state ospedalizzate nel corso dell'anno precedente (per motivi diversi dalla maternità) per una durata complessiva di circa 10 giorni. Le donne anziane sono due volte più suscettibili di essere ospedalizzate e tendono ad esserlo per periodi più lunghi.

Cause di decesso e tendenze della mortalità femminile: considerate tutte le fasce d'età complessivamente, le cause più frequenti di decesso femminile sono le malattie dell'apparato circolatorio (> 40% dei decessi), il cancro (> 25%), le malattie dell'apparato respiratorio (circa 5%), i suicidi e gli infortuni (circa 5%).

Le principali cause di decesso variano in base all'età:

- per le donne di età inferiore a 30 anni, gli incidenti stradali;
- per la fascia d'età 30-34 anni, suicidio;
- per la fascia d'età 35-64, tumori, in particolare del seno e dell'utero;
- oltre 65 anni, le malattie dell'apparato circolatorio sono responsabili della metà dei decessi.

In larghissima misura, le due principali cause di mortalità (malattie cardiache e tumori) possono essere evitate grazie alla prevenzione primaria (modi di vita più sani) o secondaria (screening per diagnosi precoce). I principali fattori di rischio associati a una quota importante della mortalità prematura (decesso prima dei 65 anni) comprendono il tabagismo, il consumo eccessivo di alcool, le cattive abitudini alimentari e l'assenza di attività fisica.

La percentuale delle donne fumatrici nella maggior parte degli Stati membri è intorno al 25% ed è in costante aumento

Una donna su cinque presenta un eccesso di peso rispetto all'indice di massa corporea mentre il 15% delle donne presentano un peso insufficiente.

Il numero e il tipo di controlli della salute proposti alle donne variano in maniera considerevole in funzione dell'età e dello Stato membro.

Nel corso dell'anno precedente, circa il 15-20 % delle donne della Comunità hanno avuto un esame di controllo dell'osteoporosi.

Grazie ai diversi programmi nazionali e comunitari, la percentuale dei controlli per la prevenzione del cancro è molto elevata. Tra il 40 ed il 45% delle donne dichiarano di aver subito uno striscio vaginale nel corso dell'anno precedente, tuttavia anche qui si notano differenze considerevoli fra gli Stati membri. Circa il 40% delle donne segnalano di aver effettuato un'autopalpazione del seno nel corso dell'anno precedente e circa il 20 % delle donne segnalano di aver subito una mammografia nel corso dello stesso periodo. Alcuni Stati membri hanno messo a punto programmi di controllo sistematico che hanno un impatto significativo sulla percentuale di decessi dovuti al cancro del seno.

Tra il 15 ed il 20% dei malati di AIDS nella Comunità sono donne e tale percentuale

risulta in aumento. Gli uomini trasmettono più facilmente il VIH alle donne di quanto lo trasmettano le donne agli uomini. Le azioni di prevenzione destinate alle donne sono in genere di portata limitata.

I contraccettivi di più ampio uso sono la pillola contraccettiva, seguita dal preservativo. La scelta del metodo dipende da vari fattori fra i quali figurano i rischi per la salute e gli effetti secondari associati a un metodo in particolare, nonché dall'età della donna (le giovani preferiscono la pillola o il preservativo, le donne più anziane i dispositivi intra-uterini ovvero la sterilizzazione chirurgica). Per quanto riguarda l'aborto, è autorizzato secondo certi criteri o a determinate condizioni, in tutti gli Stati membri tranne in Irlanda. I tassi di aborto per 1.000 donne variano da uno Stato membro all'altro.

La menopausa interviene in media fra 50 e 52 anni. I suoi effetti sulle donne sono variabili: 75% delle donne in menopausa presentano sintomi sgradevoli ma soltanto 10-20% di queste richiedono un'assistenza medica. Le statistiche di morbosità rivelano un aumento dell'incidenza delle malattie cardiovascolari e dell'osteoporosi per le donne in menopausa.

Si stima che una donna su quattro sia vittima di violenza domestica.

Il diritto globale alla salute

L'obiettivo globale dell'OMS, sancito dalla sua Costituzione adottata dai 193 Stati Membri (tra cui l'Italia, nel 1947) è il "conseguimento, per tutte le popolazioni, del più alto livello possibile di salute".

L'OMS definisce la salute come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non solamente come assenza di malattia".

Secondo l'OMS, per incidere positivamente sulla mortalità infantile e materna occorre investire sull'assistenza di base, sulla formazione del personale sanitario, con particolare riguardo per il settore ostetrico-infermieristico, sull'organizzazione delle strutture di assistenza ostetrica in grado di individuare tempestivamente le complicanze e di indirizzarle a strutture di emergenza.

Le principali barriere sono costituite dall'inadeguatezza dei servizi sanitari integrati e dalla limitata accessibilità ai servizi materno-infantili, soprattutto per i più poveri e per i gruppi più vulnerabili della popolazione.

Sulla base degli accordi sanitari delle maggiori Conferenze delle Nazioni Unite, nel 2000 è stata adottata da 189 Paesi – tra cui l'Italia – la Dichiarazione sugli obiettivi di Sviluppo del Millennio.

Tale Dichiarazione è stata la base di una road-map costituita da una serie di obiettivi da raggiungere entro il 2015.

Tali goals sono:

- 1) Eradicare la povertà estrema e la fame nel mondo
- 2) Raggiungere un livello di istruzione di base universale
- 3) Promuovere le pari opportunità e l'empowerment delle donne
- 4) Ridurre la mortalità infantile
- 5) Ridurre la mortalità materna
- 6) Combattere l'HIV/AIDS, la malaria e altre malattie
- 7) Assicurare la sostenibilità ambientale
- 8) Sviluppare una partnership globale per lo sviluppo

IN ITALIA

Donne e salute

In Italia risiedono complessivamente 58.500.000 individui e le donne sono poco più di 30.000.000.

Sotto il profilo sanitario, i dati sottolineano anzitutto come le donne vivano mediamente più a lungo degli uomini: l'aspettativa di vita alla nascita, secondo i dati ISTAT calcolati nell'anno 2003, è di 82,9 anni per le donne e di 76,9 per gli uomini. La maggiore longevità delle donne sta alla base delle differenze che si registrano a proposito delle patologie croniche. Non è infatti solo sulle patologie tipicamente femminili (come l'osteoporosi per la quale si registra un'incidenza di otto volte superiore tra le donne) che si osserva una prevalenza femminile, bensì su tutte le patologie croniche considerate (allergie, cataratta, ipertensione, vene varicose, artrosi, osteoporosi, emorroidi, calcolosi del fegato, disturbi nervosi, cefalea o emicrania ricorrente, malattie della tiroide, lombosciatalgia).

76,9 anni per gli uomini e di 82,9 anni per le donne.

L'osteoporosi, in particolare, rappresenta un problema sia in termini di qualità di vita che di costi sanitari e sociali, legati alla cura e riabilitazione dei soggetti fratturati e all'assistenza per l'invalidità che spesso ne consegue. Pertanto l'osteoporosi deve essere considerata una dei maggiori obiettivi per la salute ed è per questo che la prevenzione di tale patologia svolge un ruolo fondamentale.

In Italia si sta delineando una diversa dinamica demografica, in conseguenza di un comportamento riproduttivo modificatosi nel tempo; tali cambiamenti hanno determinato anche una riduzione del numero delle nascite.

Dal 1961 a oggi si è praticamente dimezzato il numero medio di figli per donna: nell'anno 2001 il numero medio di figli per donna corrisponde a 1,25 rispetto a 2,41 relativo all'anno 1961.

L'innalzamento dell'età media al parto sia per le prime nascite che per la prosecuzione della discendenza, delinea soprattutto una tendenza a posticipare l'inizio della vita riproduttiva ma, in parte, anche un recupero di fecondità in età matura. Di conseguenza si dedica una maggiore attenzione alla gravidanza ed al parto, in particolare ai fattori di rischio per la salute della madre, del feto e del neonato.

La tutela della maternità va affrontata attraverso l'adozione di tutti quei provvedimenti che garantiscano alle donne di essere opportunamente salvaguardate sia nel momento in cui affrontano lo stato di gravidanza, sia nel momento in cui si accingono ad affrontare problemi comunque connessi ad esigenze di tutela del loro diritto ad una maternità serena e responsabile, ed in tutte quelle patologie preesistenti la gravidanza o insorte nel corso della stessa, che configurano situazioni di rischio elevato come ad esempio l'abortività ripetuta, l'ipertensione preesistente e gestazionale, il diabete preesistente e gestazionale, infezioni prenatali e perinatali.

Il tasso di mortalità materna (numero di decessi per complicazioni della gravidanza, parto e puerperio per 10.000 nati vivi) rappresenta insieme alla speranza di vita ed agli indici di mortalità nell'infanzia (mortalità neonatale, prenatale e nati mortalità) uno degli indici più importanti per valutare lo stato dell'assistenza socio-sanitaria nel settore materno-infantile e più in generale, il grado di sviluppo raggiunto da un Paese. La mortalità materna in Italia si è ridotta notevolmente passando dai valori di 491 morti nel 1970, a 84 nel 1980, a 50 nel 1990 a 16 nel 2000, a 17 nel 2003. Il livello di sorveglianza per questo indicatore deve rimanere alto in particolare nelle realtà territoriali dove le condizioni socio-economiche sono meno favorevoli e dove vi è maggiormente la presenza di donne immigrate e dove c'è minore accesso ai percorsi di assistenza alla gravidanza ed ai servizi sanitari correlati.

I dati ISTAT sui tassi di mortalità relativi all'anno 2002, disaggregati per genere, mostrano come sia per la popolazione maschile che per quella femminile la quota più

significativa di decessi verificatisi nell'anno di riferimento si collochi nella fascia di età più avanzata, e cioè quella oltre i 75 anni (881,4 decessi ogni 10.000 per gli uomini over75 e 681,7 decessi ogni 10.000 per le donne over75).

Le patologie dell'apparato cardiocircolatorio costituiscono la causa principale di morte (38,2 casi ogni 10.000 abitanti di sesso maschile e 44,6 casi ogni 10.000 abitanti di sesso femminile). Nella fascia d'età oltre i 75 anni si tratta rispettivamente di 401,9 casi ogni 10.000 uomini over75 e di 366,8 casi ogni 10.000 donne nella stessa fascia d'età.

La seconda causa di morte è rappresentata dai tumori (33,7 casi ogni 10.000 abitanti di sesso maschile e 23,6 casi ogni 10.000 abitanti di sesso femminile) e la fascia di età più interessata è sempre quella over75 (233 ogni 10.000 per gli uomini e 119 ogni 10.000 per le donne). Va tuttavia rilevato il fatto che nella fascia d'età immediatamente precedente, quella compresa tra i 55 ed i 74 anni, i tumori rappresentano la prima causa di morte. Tra i 55 e i 74 anni di età, infatti, il dato complessivo dei decessi per tumore è pari 55,5 casi ogni 10.000 (75,3 casi ogni 10.000 per gli uomini e 38,1 casi ogni 10.000 per le donne), mentre il dato relativo alle patologie del sistema circolatorio è pari a 35,4 casi ogni 10.000 abitanti (49,6 casi ogni 10.000 per gli uomini e 22,9 casi ogni 10.000 per le donne).

I tumori costituiscono peraltro la prima causa di morte anche tra i 25 ed i 54 anni, sia per gli uomini (5,6 casi ogni 10.000) che per le donne (5,2 casi ogni 10.000).

Secondo un'indagine Censis del 2003 le donne dimostrano di avere interiorizzato più degli uomini l'idea della salute come di un bene da tutelare soprattutto adottando stili di vita corretti (in questo senso si esprimeva il 58,6% delle donne contro il 49,9% degli uomini) e di prestare più attenzione all'alimentazione rispetto agli uomini (50,6% contro il 36,2% degli uomini).

Tuttavia dai dati Istat risultano indicazioni meno positive a proposito del fumo (emerge da parte delle donne una diminuzione del fumo assai meno netta di quella riscontrata tra gli uomini e, per alcune fasce di età, 15-24 e 45-54 anni, si assiste addirittura ad un aumento delle fumatrici) e dell'alcol.

Permane elevata la percentuale di donne fumatrici, specie in età fertile e in gravidanza, con conseguente rischio per la salute del nascituro. Il fumo delle madri in gravidanza è infatti causa di riduzione del peso alla nascita, di gravi conseguenze per lo sviluppo della funzione respiratoria nonché di una quota significativa delle cosiddette "morti in culla".

Risulta comunque che la gravidanza inneschi molto spesso comportamenti responsabili negli stili di vita delle madri. Il livello di istruzione ha un ruolo importante nell'indurre la futura mamma a modificare i propri comportamenti: le donne laureate o diplomate smettono di fumare nel 70% circa dei casi.

Le persone che godono di una posizione sociale privilegiata, hanno un titolo di studio elevato o svolgono un lavoro di prestigio e ben remunerato vivono più a lungo e si ammalano meno rispetto alle persone che hanno una posizione sociale inferiore, non accedono all'istruzione superiore o svolgono professioni meno remunerative e meno accreditate.

In Italia, nonostante il generale miglioramento dello stato di salute della popolazione, la distanza tra poveri e ricchi riguardo alla opportunità di vita e di salute è rimasta invariata o è aumentata.

I determinanti socioeconomici della salute delle donne

In Italia, le donne studiano di più, con meno difficoltà, e a volte con risultati migliori dei loro coetanei, tanto da costituire oggi una fetta preponderante, ancora non pienamente valorizzata, del nostro capitale intellettuale. In particolare è tra le classi giovanili che si dispiega con tutta evidenza la differente propensione a raggiungere alti livelli di scolarità: la quota di donne laureate è pari al 17,4% contro il 12,2%.

Dai dati dell'indagine ISTAT 2004 sugli sbocchi occupazionali dei laureati nel 2001 emerge che le donne sono la maggioranza dei laureati (il campione rappresentativo si compone di un 56,8% di donne e di un 43,2% di uomini), provengono da studi liceali (74,6% contro il 61,1% degli uomini), hanno conseguito ottimi voti (all'esame di maturità le donne che hanno preso meno di 43/60 sono il 20% mentre tale quota sale al 26% tra gli uomini). Sono decisamente migliori le performance universitarie delle laureate: il 20,4% si laurea in corso (16,7% uomini); il 33,6% consegue la massima votazione (contro il 23,2%), e ben il 23% accompagna la lode (il dato maschile è 16,5%).

A fronte di percorsi così brillanti, i destini occupazionali risultano però poco soddisfacenti.

Le donne sono maggiormente presenti nell'ambito del lavoro dipendente, ma anche in quello subordinato. Le laureate con lavoro dipendente sono il 64% delle occupate contro il 61,1% degli uomini. Ma le prospettive di carriera sembrano essere penalizzanti per le donne: a tre anni di distanza dalla laurea la quota di dipendenti con ruoli dirigenziali è del 2,9% tra gli uomini e dell'1,2% per le donne, mentre i livelli impiegatizi sembrano essere la destinazione privilegiata delle laureate: ben il 17,3% ha una posizione da impiegato esecutivo, contro il 9,6% degli uomini.

Inoltre sono più diffusi tra le laureate, rispetto ai loro colleghi, i contratti di collaborazione, coordinata e continuativa, a progetto, occasionale: a tre anni dal conseguimento della laurea, lavora con questo tipo di contratto il 17,1% delle donne contro il 10,6% degli uomini.

Il tasso di attività, femminile in Italia è fermo al 37,1%, superiore soltanto a quello di Malta (30,6%) e con una differenziazione piuttosto forte fra aree geografiche del paese. Certamente si tratta di un valore che nel tempo è cresciuto di più di quello maschile, che dal 2000 al 2004 si è incrementato solo dello 0,8%, a fronte di quello femminile cresciuto del 4,3%. Nella distribuzione dei ruoli apicali le donne sono ancora fortemente marginali, magari svolgendo funzioni e compiti importanti per le proprie organizzazioni, ma senza potere.

Si aggiungono a questo i fenomeni di spreco delle risorse femminili, nonostante le norme e i progetti sulla parità siano in crescita: le laureate dal 2000 al 2003 sono cresciute del 41% fra le coadiuvanti, del 62,2% fra gli apprendisti e del 45% fra gli operai. Le donne non sono affatto ben rappresentate nei ruoli di decisione strategica, che potrebbero incidere anche sulle regole produttive consolidate.

Nello stesso tempo le donne sono state investite in modo particolare dalle trasformazioni che hanno attraversato il mercato del lavoro. L'aumento dei part time riguarda soprattutto le donne (dal 1998 la percentuale di donne italiane occupate a part-time è infatti passata 14,3% al 25%), che lo scelgono principalmente per poter dedicare parte del loro tempo anche alle attività di cura familiare. La quota di chi lavora in orari disagiati è più alta per le donne (34,2% contro 33,5% uomini), in particolare il sabato e nei prefestivi. Sono più le donne a soffrire della sottoccupazione, e dunque a non essere messe in condizione di lavorare quanto vorrebbero (5,1% contro 4% degli occupati uomini).

È consistente la quota di donne inattive che dichiarano che inizierebbero a cercare lavoro se avessero a disposizione servizi di supporto alla famiglia, che le disimpegnassero almeno in parte dai compiti di cura ed accudimento.

È importante quindi, per la promozione della salute delle donne, considerare i principali determinanti sociali ed economici e cioè gli effetti, positivi o negativi, che essi possono produrre sulla salute.

I gruppi di popolazione più vulnerabili, cioè più a rischio di povertà e quindi anche più a rischio per la salute sono:

bambini in povertà. Circa 2 milioni di bambini e ragazzi vive in famiglie sotto la soglia di povertà con minori opportunità di educazione e con maggiori probabilità di

essere esposti ai fattori di rischio per la salute legati alla povertà: poca sicurezza, contiguità con storie di violenza, minori attenzioni alla prevenzione e alla qualità delle cure. Non ci sono politiche sanitarie specificamente dedicate agli svantaggi di salute per i bambini più poveri e anche le politiche sociali locali rivolte al sostegno economico e sociale delle famiglie in povertà hanno una distribuzione geografica molto disuguale. Considerando l'importanza che ha l'esperienza nei primi anni di vita per la salute dell'adulto e considerando l'aumento nel tempo di queste popolazioni, è fondamentale e prioritario cercare di contrastare precocemente tutti i fattori di rischio che la povertà produce in questa età, con attività di educazione alla salute, di diagnosi precoce, di accompagnamento all'uso corretto dei servizi sanitari e della prevenzione e con un sostegno alle famiglie, insieme con le altre risorse di assistenza messe a disposizione da parte della società;

anziani in povertà. Circa 2 milioni di anziani, la maggioranza donne, è sotto la soglia di povertà. Si tratta di anziani che vivono prevalentemente da soli al Centro-Nord e in famiglie allargate al Sud, per i quali la povertà minaccia la salute attraverso la scarsa qualità dell'alimentazione, le difficoltà di mobilità e di autonomia dentro e fuori l'abitazione, la difficoltà a ripararsi dal freddo e la scarsa possibilità di usufruire di strutture e ricevere assistenza. Molte politiche locali si sforzano anche di prevenire gli effetti psicosociali della solitudine e della perdita di ruolo dell'anziano per evitarne l'emarginazione, ma spesso queste opportunità sono distribuite in modo molto disomogeneo nelle diverse aree del Paese;

genitori soli con figli dipendenti. Circa 500.000 madri vivono sole con i figli a carico, con il duplice ruolo di chi lavora e di chi deve prendersi cura della famiglia. In questo gruppo la prevalenza di povertà è più elevata (9,7% nella media italiana e 22 al Sud). I genitori soli con figli dipendenti sembrano un gruppo di popolazione ad alto rischio non solo per la povertà (soprattutto le donne), ma anche per la salute (soprattutto gli uomini), sia perché hanno una sopravvivenza più sfavorevole, sia perché sono esposti con maggiore frequenza a fattori di rischio come fumo, alcol, stress, assistenza sanitaria di bassa qualità. Le politiche sanitarie non hanno attenzioni specifiche nei confronti di questo gruppo, mentre le politiche sociali tendono a garantire un'integrazione del reddito.

Disoccupati. Le donne, i giovani e la residenza al Sud sono fattori di rischio per la disoccupazione di lunga durata. Lo stesso andamento riguarda i giovani disoccupati. In questo caso, al rischio povertà si aggiungono tutte le condizioni sfavorevoli legate alla condizione della disoccupazione.

Stranieri immigrati. Le condizioni di integrazione sono molto diverse in base al tempo già trascorso in Italia. Nel primo periodo di immigrazione prevale il trauma del distacco dalla casa e dal Paese di origine; in questa fase gli stranieri spesso condividono con i soggetti senza fissa dimora le condizioni di estremo disagio nella ricerca di un tetto, di un lavoro, di relazioni sociali e affetti, e di un riconoscimento giuridico. In un secondo momento diventano più importanti le difficoltà di integrazione o almeno di interazione e convivenza con la cultura ospite e con il sistema dei servizi; le difficoltà di apprendimento della lingua accrescono le barriere che già normalmente i servizi frappongono alla soddisfazione delle necessità quotidiane. Infine, dopo alcuni anni, lo straniero immigrato condivide tutti gli svantaggi dei gruppi sociali a maggiore rischio di povertà, essendosi così praticamente integrato nel sistema delle disuguaglianze sociali del Paese ospite. In conclusione il profilo epidemiologico osservato tra gli stranieri immigrati comincia a presentare i primi effetti di un deterioramento del capitale di salute di cui sono portatori.

Persone affette da dipendenze. Un ultimo gruppo, da considerare a parte, è quello delle dipendenze da droghe e da alcol. Esso rappresenta un po' il paradigma di quei comportamenti individuali a responsabilità limitata che più frequentemente possono portare all'emarginazione sociale e alla povertà, con processi molto rapidi e

con conseguenze devastanti per le persone e per le famiglie.

Soggetti senza fissa dimora. All'estremo opposto di questi gruppi a rischio di povertà ed emarginazione vi sono i veri emarginati, del tutto privi di significative relazioni sociali, i cosiddetti senza fissa dimora. Si tratta di un tipo di popolazione elusiva, di cui è difficile stimare le dimensioni. Lo stato di salute di queste persone può essere rilevato solo se di loro si occupa un servizio sociale. In Italia non sono disponibili stime di mortalità e morbosità specifiche per questo tipo di popolazione.

Le donne immigrate

Le donne immigrate con permesso di soggiorno in Italia (dati Ministero dell'Interno) al 31.12.2005 erano pari a 1.132.845, rappresentando quindi il 49.9% della popolazione immigrata, a conferma della progressiva femminilizzazione dei flussi che si è andata registrando negli ultimi anni.

La presenza di una importante componente femminile, peraltro prevalentemente in età fertile, data la struttura demografica della popolazione immigrata, con possibili bambini al seguito, pone delle istanze nuove sia ai servizi socio-sanitari e sanitari che alle più generali politiche di integrazione rispetto ad una immigrazione prevalentemente maschile.

La composizione per genere non è omogenea all'interno delle diverse comunità, in quanto alcuni gruppi presentano una popolazione femminile molto più numerosa di altri.

Il 54.8% delle donne straniere proviene infatti dall'Europa centro-orientale, il 15.5% dall'Africa, il 15.3 dall'Asia e il 14.2% dall'America. Altrettanto non omogenea è la distribuzione sul territorio nazionale (Dossier Statistico Immigrazione, Caritas, 2006). La popolazione immigrata, nonostante il prevedibile attenuarsi dell'effetto migrante sano, che caratterizza i primi flussi migratori, è una popolazione dal patrimonio di salute ancora sostanzialmente integro.

Dall'analisi delle SDO (2003, Ministero della Salute) emerge che la maggior parte dei ricoveri in regime di degenza ordinaria, il 62%, e in regime di day hospital, il 72% ha riguardato le donne.

La prima causa di ricovero in regime di degenza ordinaria è rappresentata dal parto (55%), quindi dalle malattie dell'apparato genito-urinario (8%) e dall'apparato digerente (7%).

Le aree geografiche con la maggior percentuale di ricoveri femminili sono l'America centro meridionale (75.7% di tutti i ricoveri, l'Asia orientale (72.8%), l'Africa orientale (69.9%) e l'Europa dell'Est (68.5%).

Dall'analisi degli Aggregati Clinici dei Codici (Dossier Statistico Immigrazione, Caritas, 2005) emerge che la prima causa di ricovero ordinario è rappresentata dalla gravidanza e dal parto fisiologico (11.2%), quindi dalle complicanze della gravidanza, (3.1%) del parto e del puerperio (2.8%).

Bisogna sottolineare che, per le donne straniere, le condizioni fisiologiche come gravidanza e parto presentano degli elementi di particolare criticità, legate al disagio ed alla marginalità sociale, a cui devono aggiungersi la giovane età di molte gestanti, la alta prevalenza di anemie e infezioni dell'apparato genito-urinario e lo scarso accesso ai servizi durante il periodo prenatale che avviene mediamente un mese più tardi rispetto alle donne italiane e con cadenza di controlli più diradata.

Il numero di ecografie eseguite è minore rispetto a quello delle donne italiane. Le ragioni individuate in uno studio dell'Istituto Superiore di Sanità erano da ricercarsi in difficoltà di accesso ai servizi, difficoltà di comunicazione e a problemi economici. Ciò pone le basi per un maggior numero di esiti negativi perinatali.

Le indagini finora condotte sulla popolazione immigrata mostrano un maggiore tasso di nati - mortalità e di mortalità neonatale, un maggior numero di parti pre

termine e di bambini a basso peso alla nascita.

La femminilizzazione e il progressivo invecchiamento richiedono anche che vengano individuate modalità opportune affinché questa popolazione sia raggiunta dai programmi di screening oncologico e di prevenzione in generale.

La promozione della salute delle donne immigrate deve essere perseguita in materia di procreazione cosciente e responsabile;

assistenza alla gravidanza, parto e puerperio;

prevenzione del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza;

prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale compresa l'HIV / AIDS;

prevenzione dei tumori della sfera genitale femminile;

miglioramento dell'accesso ai programmi di screening;

prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine sottoposte a pratiche di Mutilazioni genitali femminili.

La violenza contro le donne

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 di-

verse 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.

Interruzione volontaria della gravidanza

Sulla base dei dati provvisori relativi all'anno 2005 sono state notificate 129.588 IVG, con un decremento del 6,2% rispetto al 2004 (138.123 casi) e un decremento del 44,8% rispetto al 1982, anno in cui si è registrato il più alto ricorso all'IVG (234.801 casi).

Il tasso di abortività (numero IVG per 1.000 donne in età feconda 15-49 anni), è pari a 9,3 per 1.000, con un decremento del 6,7% rispetto al 2004 (10.0 per 1.000) e un decremento del 45,9% rispetto al 1982 (17,2 per 1.000).

Il rapporto di abortività (N. IVG per 1.000 nati vivi) è risultato pari a 236,4 per 1.000 con un decremento del 6,2% rispetto al 2004 (251,9 per 1.000) e un decremento del 37,8% rispetto al 1982 (380,2 per 1.000).

Nel corso degli anni è andato crescendo il numero degli interventi effettuato da donne con cittadinanza estera, e nel 2004 tali interventi rappresentano il 27,2% del totale delle IVG. Considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane il dato del 2004 sarebbe pari a 101.392.

Il sempre maggiore contributo delle donne con cittadinanza estera impone una particolare attenzione nel confronto nel tempo delle caratteristiche delle donne che ricorrono all'IVG, in quanto le cittadine straniere, oltre a presentare un tasso di abortività, peraltro diverso per nazionalità, stimato 3 volte maggiore di quanto attualmente risulta tra le italiane, hanno una diversa composizione socio-demografica (che muta nel tempo a seconda del peso delle diverse nazionalità), diversi comportamenti riproduttivi e diversa utilizzazione dei servizi. In particolare, va segnalato il loro maggior ricorso al consultorio familiare per la certificazione e il maggiore ritardo nell'ottenere l'IVG.

Le neoplasie femminili.

Si stima che in Italia siano stati diagnosticati nel corso del 2006 circa 120.233 nuovi casi di tumore maligno invasivo in donne di età 0-84 anni. I Registri Tumori che attualmente coprono il 26% della popolazione, prevalentemente del Centro e Nord Italia, stimano che i cinque tumori più frequentemente diagnosticati nelle donne siano il tumore della mammella (24.9%), i tumori cutanei diversi dal melanoma (14.8%), il tumore del colon (8.2%), il tumore del polmone (4.6%) e quello dello stomaco (4.5%).

Nel 2002 sono decedute per cancro 69.295 donne (tumore della mammella 16%, del colon-retto 14%, del polmone 9%, dello stomaco 7%, del pancreas 6%).

Una donna ogni 11 ha la probabilità di ammalarsi per un tumore al seno, una ogni 25 di un tumore cutaneo diverso dal melanoma, una ogni 32 un tumore del colon-

retto, una ogni 68 di un tumore dell'utero e una ogni 71 di un tumore del polmone. Il rischio di morire per tumore, tra gli 0 e i 74 anni, è pari ad un decesso ogni 11 donne (1 decesso per cancro della mammella ogni 51 donne).

L'insieme dei tumori mostra un gradiente decrescente, dell'incidenza e della mortalità, che va dal Centro-Nord al Sud.

Per le donne che hanno avuto diagnosticato un tumore negli anni 1995-1999 la sopravvivenza a 5 anni è stata pari al 60%, un incremento di 4 punti percentuali rispetto al quinquennio precedente.

Nel 2003, 481.480 donne si sono ricoverate per tumore, il 7,4% del totale dei ricoveri. La sede tumorale per la quale vi è stato il numero maggiore di ricoveri ordinari è stata la mammella (18%).

405.603 donne che nei cinque anni precedenti hanno avuto una diagnosi di tumore sono ancora in vita: quasi 165.000 casi con una diagnosi di cancro della mammella. La prevenzione del cervicocarcinoma mediante pap test, la prevenzione del tumore mammario mediante screening mammografico e la prevenzione del tumore colonrettale, rientrano fra le prestazioni che sono considerate Livelli Essenziali di Assistenza. Le donne comprese fra 25-64 anni dovrebbero effettuare lo screening cervicale ogni tre anni; le donne fra i 50 e i 69 anni lo screening mammografico ogni 2 anni; le donne (e gli uomini) fra i 50 e i 70-74 anni lo screening coloretale mediante ricerca del sangue occulto fecale.

La percentuale delle donne che ha eseguito almeno una mammografia preventiva nella vita è del 71%. Tra le donne tra 50 e 69 anni, il 75% riceve l'offerta attiva dello screening mammografico (dati 2005): al Nord e Centro, la diffusione rasenta il 100%; nel Sud e nelle Isole la diffusione è del 40% (era solo il 10% nel 2003). Questo differenziale esiste anche nei livelli di partecipazione. Infatti nel nord e nel centro Italia abbiamo livelli di partecipazione pari al 66% nel Nord, al Centro del 60%, valore che scende al 39% al Sud.

Per lo screening del cancro dell'utero (Pap-test), due terzi del territorio nazionale sono coperti da programmi organizzati: si passa dal 70% del Nord al 90% del Centro al 50% del Sud. La partecipazione ai programmi organizzati è pari 40%, mentre è assai diffusa la diagnosi precoce.

Infatti le donne che riferiscono di aver fatto almeno un Pap test nella loro vita è pari al 71% (più dell'80% al Nord e meno del 50% in alcune grandi Regioni meridionali).

Gravidanza, parto, puerperio (rilevazione dati CedAp).

I nati totali registrati nel 2004 dalle anagrafi comunali sono 562.599, quelli rilevati attraverso il CeDAP sono 480.820 (l'85% del totale dei nati).

Il 46,4% dei punti nascita pubblici sono collocati in strutture dotate di terapia intensiva neonatale e/o di unità operative di neonatologia, tale percentuale è del 6% per i punti nascita privati accreditati e del 6,7% per quelli privati non accreditati.

Per quanto riguarda la dotazione di incubatrici, si hanno in media 2,32 incubatrici ogni 10 posti letto in reparti di ostetricia, 2,44 nei reparti pubblici, 1,39 in quelli privati accreditati e 1,82 in quelli privati non accreditati.

In circa l'85% delle gravidanze sono state effettuate oltre 4 visite di controllo. Le donne con scolarità bassa effettuano la prima visita più tardivamente.

Per quanto concerne le ecografie sono state effettuate in media 4,5 ecografie per ogni parto con valori regionali variabili tra 3,9 ecografie per parto nella P. A. Trento e 6,4 ecografie per parto nella Regione Liguria.

Per il 72,4% delle gravidanze, si registra un numero di ecografie superiore a 3.

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 decor-

so della gravidanza.

Nell'ambito delle tecniche diagnostiche prenatali invasive, l'amniocentesi è quella più usata, seguita dall'esame dei villi coriali (nel 3,21% delle gravidanze) e dalla funicolocentesi (nell' 1,24%). In media ogni 100 parti sono state effettuate più di 17 amniocentesi.

L'utilizzo di tale indagine prenatale è diversificato a livello regionale, nelle regioni meridionali si registra una percentuale al di sotto del 11% (ad eccezione della Sardegna) mentre i valori più alti si hanno in Valle d'Aosta (43,6%) e Toscana (30,6%).

Il ricorso all'amniocentesi da parte delle donne con scolarità bassa è sensibilmente inferiore rispetto a quello delle donne con scolarità medio-alta appartenenti alla medesima classe di età.

Nel 2004 tramite le schede CedAp sono rilevati 474.893 parti; di questi circa il 12,4% è relativo a madri di cittadinanza non italiana. Il fenomeno è più diffuso al centro nord dove quasi il 18% dei parti avviene da madri non italiane.

Le aree geografiche di provenienza più rappresentative, sono quelle dell'Europa dell'Est (40%) e dell'Africa (26%). Le donne di origine Asiatica e Sud Americana sono rispettivamente il 17% ed il 10% delle madri di cittadinanza non italiana.

Per quanto riguarda l'età, i dati 2004 confermano per le donne italiane una percentuale di oltre il 50% dei parti nella classe di età tra 30-39 anni, mentre per le altre aree geografiche le madri hanno un'età compresa tra 20 e 29 anni (Europa dell'Est 65,7%, Africa 58,9%, America Centro-Sud 52,6% e Asia 65,3%).

L'età media della madre è di 31,8 anni per le donne italiane mentre scende a 28,5 anni per le donne straniere. I valori mediani sono invece di 31,4 anni per le italiane e 27,6 anni per le straniere.

L'età media al primo figlio è per le donne italiane superiore a 30 anni con variazioni sensibili tra le regioni del nord e quelle del sud. Le donne straniere partoriscono il primo figlio in media a 26 anni.

Il livello di scolarizzazione aumenta all'aumentare dell'età al parto.

La percentuale di madri italiane in attività lavorativa è pari al 61,7%, per le straniere scende al 31,5%.

La frequenza di madri coniugate risulta pari al 83,4%, mentre il 14% sono nubili e il 2,4% separate o divorziate.

Nella classe di età di 40 e più anni vi è una diminuzione della percentuale di madri coniugate ed un incremento della percentuale di madri nubili, separate o divorziate rispetto alle classi di età dai 20 ai 39 anni.

Le madri con meno di 20 anni sono nubili nel 60% dei casi.

La presenza del padre in sala parto è nel 91% (sono esclusi i cesarei), di un familiare nel 7,6% e di altra persona di fiducia nel 1,4%.

La presenza di una persona di fiducia piuttosto che di un'altra risulta essere influenzata dall'area geografica.

Oltre all'ostetrica (96,28%) al momento del parto sono presenti: nel 91,94% l'ostetrico-ginecologo, nel 45,56% l'anestesista e nel 68,10% il pediatra/neonatologo.

Per quanto concerne la durata della gestazione, a livello nazionale, escludendo i valori non indicati o errati, la percentuale dei parti pre-termine è pari al 6,6%, la componente dei parti fortemente pre-termine è pari all'1,2% mentre il 93,4% delle nascite avviene tra la 37° e la 42° settimana.

Per il 2004 i nati a termine con peso inferiore ai 2500 grammi rappresentano circa il 2% dei casi.

La nascita di basso peso non risulta significativamente associata alla cittadinanza della madre.

Dalla fonte CeDAP si ha un tasso di natimortalità di 3,15 nati morti ogni 1.000 nati. Per quanto attiene la causa che ha determinato la natimortalità, la qualità di tale variabile presenta ancora criticità, anche a causa del ritardo con il quale è disponi-

bile il referto dell'esame autoptico rispetto al termine di 10 giorni previsto per la compilazione del Certificato di assistenza al parto. Nel 2004 solo per il 25,5% dei 1.415 bambini nati morti è stata indicata la causa che ha determinato il decesso, nel 63% dei casi il motivo della morte non viene indicato e nel 12% dei casi viene indicata una causa errata o incompatibile per sesso e/o età.

Nel 2004 attraverso il CeDAP sono state segnalati 2.969 casi di malformazioni riscontrabili al momento della nascita o nei primi 10 giorni di vita, ma solo nel 60% dei casi è stato indicato il tipo di malformazione.

Confermando la tendenza degli anni precedenti, nell'anno 2004 il 36,9% dei parti avviene con taglio cesareo, con notevoli differenze regionali che comunque evidenziano che in Italia vi è un ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica.

Rispetto al luogo del parto si registra un'elevata propensione all'uso del taglio cesareo nelle case di cura accreditate (oltre il 57% dei parti contro il 34% negli ospedali pubblici).

Per quanto concerne la presentazione del feto, la frequenza di presentazione di vertice è del 95,03%, quella podalica del 4,3%, nello 0,75% dei casi si osserva un'altra presentazione (in particolare bregma e spalla).

L'associazione della modalità del parto con la presentazione del feto evidenzia che nel 87,60% di parti cesarei il nato si presenta di vertice.

Il parto cesareo è più frequente nelle donne con cittadinanza italiana rispetto alle donne straniere: nel 27% dei parti di madri straniere si ricorre al taglio cesareo, versus una percentuale del 38,2% nei parti di madri italiane.

Prendendo in esame i parti dopo un precedente taglio cesareo, si registra nel 2004 a livello nazionale una percentuale di parti vaginali pari al 18,6%. Nei punti nascita pubblici, circa il 21,5% dei parti con precedente cesareo avviene in modo spontaneo; nelle case di cura private questa percentuale scende all'8,2%.

Nel 2004 delle 474.893 schede CedAp pervenute, 5.738 sono relative a gravidanze in cui è stata effettuata una tecnica di procreazione medicalmente assistita (PMA), in media 1,2 per ogni 100 gravidanze.

L'ISTAT riferisce che nel 2002 il tasso di mortalità perinatale era pari a 5,3 per mille, il tasso di mortalità infantile pari a 4,2 per mille. A livello territoriale i dati del 2002 mostrano ancora una volta una più elevata mortalità perinatale e infantile nelle regioni del sud (5,3) rispetto a quelle del centro (3,3) e del nord (3,4).

Per quanto riguarda i decessi nel primo anno di vita, l'analisi temporale per gruppi di cause e sesso evidenzia andamenti sostanzialmente decrescenti. In particolare, nel 2002 si sono registrati complessivamente 2.337 decessi. Tra questi, 22 casi sono riconducibili a malattie infettive e parassitarie, 43 casi a malattie dell'apparato respiratorio, 695 a casi di malformazioni congenite e ben 1.288 a condizioni morbose di origine perinatale.

I dati sui ricoveri ospedalieri pediatrici (schede SDO)

Dai dati desunti dalle SDO risulta che nel 2001 il tasso di ospedalizzazione relativo alla popolazione di età inferiore a 18 anni è pari a 104 per 1.000, per i ricoveri in degenza ordinaria, e a 39 per 1.000 per i ricoveri in day hospital; complessivamente sono stati dimessi quasi 1.443.000 pazienti di età inferiore a 18 anni.

Rispetto agli anni precedenti si è avuta una diminuzione di circa il 2,5% nel numero complessivo dei ricoveri in degenza ordinaria e anche il tasso di ospedalizzazione è sceso dal 116 per 1.000 del 1998 a 103,6 del 2001.

Le differenze nei tassi di ospedalizzazione variano profondamente a seconda delle fasce d'età: è superiore nei primi anni, con differenze territoriali (incidono le diverse modalità regionali di codifica del neonato patologico). Anche la durata media della degenza diminuisce a tutte le età.

Nei bambini fino a 14 anni la prima causa di ospedalizzazione è costituita dalle malattie all'apparato respiratorio (20,5%), le condizioni morbose di origine perinatale (12,3%), i traumatismi e gli avvelenamenti (10,7%), le malattie dell'apparato digerente (9,3%) e le malattie infettive e parassitarie (7,3%). Nella fascia di età 15-17 anni tale distribuzione si modifica, essendo la voce principale costituita dalle patologie traumatiche e dagli avvelenamenti che da soli rappresentano oltre un quarto dei ricoveri totali (27,4%). Seguono le patologie dell'apparato gastroenterico (13,4%), quelle dell'apparato respiratorio (7,5%), le malattie osteoarticolari non traumatiche (6,9%) e le patologie dell'apparato genitourinario (5,4%).

Sebbene anche i dati desunti dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO – Ministero della Salute), relativi all'anno 2003, confermino la tendenza alla riduzione dei ricoveri ordinari nelle discipline per acuti e l'aumento dei Day Hospital, i tassi di ospedalizzazione in età pediatrica mettono in luce la necessità di una vera continuità assistenziale sul territorio.

La salute dei bambini e degli adolescenti

Per quanto riguarda i dati relativi al bambino ed all'adolescente, ed in particolare nella fascia d'età di 1-14 anni, dagli ultimi dati ISTAT, riferiti all'anno 2002, si deve annotare una prevalenza di mortalità maschile (su un totale di 1.189 di morti per classe di età 1 – 14 anni, 730 sono di sesso maschile).

In tale fascia d'età, le prime cause di morte sono le cause esterne dei traumatismi e avvelenamenti e i tumori. Anche per la mortalità violenta dei minori si ha una prevalenza di mortalità maschile.

Il suicidio è una delle prime cause di morte nei giovani tra i 15 e i 19 anni ed è un fenomeno in crescita nell'età compresa tra i 12 e i 14 anni, probabilmente sottostimato. I dati 2002 dell'ISTAT evidenziano una riduzione dei casi di suicidio nella fascia d'età fino ai 13 anni ma un aumento nella fascia dai 14 ai 17 anni. Come per gli adulti, anche tra i minorenni il suicidio è più diffuso tra i maschi (73,5% dei casi nella fascia dai 14 ai 17 anni). Tra i minorenni i tentativi di suicidio, che risultano sottostimati, riguardano prevalentemente il sesso femminile.

L'abuso di alcol e droghe nell'età evolutiva è il più delle volte legato a situazioni sociali e familiari negative.

Anche se occasionale, l'abuso di alcol costituisce un grave fattore di rischio associato a incidenti (stradali, domestici, lavorativi);

Per l'uso di altre droghe come l'Lsd, la cocaina, le amfetamine e l'ecstasy, si evidenzia una tendenza all'aumento dei giovani che approva il comportamento. Uno dei fenomeni più preoccupanti del consumo giovanile è inoltre rappresentato dal policonsumo, cioè dall'utilizzo più o meno simultaneo di più sostanze.

Negli ultimi anni si assiste ad un preoccupante aumento del disagio psicologico e dei disturbi psicopatologici di questa fascia di età (disturbi dell'apprendimento 5-6%, disturbi severi del comportamento 1,6%, depressione e disturbi da ansia 8%, anoressia e bulimia 2-3%).

La dimensione del problema della sofferenza psicologica in infanzia e adolescenza, oltre ai segnali di preoccupazione che le istituzioni, il sistema massmediatico e le comunità sociali lanciano con sempre maggiore frequenza, è evidenziata da alcuni dati recenti che indicano come la popolazione infantile ed adolescenziale in carico congiuntamente ai Servizi di Neuropsichiatria infantile ed ai Servizi Sociali dal 9% del 2000 ha raggiunto nel 2004 in alcuni territori l'11% della popolazione al di sotto dei 18 anni. Questo dato significa che più di un minore su 10 si può trovare in una qualche situazione di difficoltà esistenziale, di deprivazione sociale ed affettiva o di vera e propria sofferenza psichica.

La tutela della salute mentale nei bambini e negli adolescenti riveste, quindi, un ruolo di primo piano.

Le politiche per la salute mentale del bambino e dell'adolescente devono prioritariamente orientarsi verso gli aspetti di prevenzione, diagnosi precoce, cura e presa in carico indirizzandosi alla specificità delle diverse fasce di età.

Il primo tipo di interventi riguarda il supporto alla genitorialità, il contrasto delle condizioni di rischio psico-sociale ed il potenziamento dei fattori protettivi individuali, familiari e del contesto sociale.

Neuropsichiatria infantile, pediatria di base, servizi sociali ed educativi (scuola per l'infanzia, elementare e media) devono essere tra loro integrati.

Va rafforzata l'offerta pubblica di luoghi e persone in grado di accogliere e prendere in carico in modo olistico casi con problematiche più pesanti, anche nell'arco dell'infanzia, dell'adolescenza, come bambini con disturbi pervasivi dello sviluppo, ragazzi con gravi depressioni, anoressia mentale ed abuso.

E' questo uno degli ambiti del settore materno infantile con più carenze qualitative e quantitative. I servizi sanitari nel loro complesso devono essere maggiormente coinvolti e integrati con i Dipartimenti di Salute Mentale, dei servizi di contrasto alle tossicodipendenze e con la rete dei medici di base; si devono acquisire competenze nuove per essere più aperti alle istanze dei ragazzi e maggiormente in grado di informare, consigliare ed indirizzare.

IL QUADRO NORMATIVO ATTUALE

Il P.O.M.I.

I LEA.

Le leggi (405/75, 194/78, 34/96).

Piano Sanitario Nazionale.

Linee Guida nazionali.

Piano Nazionale di Prevenzione.

Piano nazionale vaccini

OBIETTIVI STRATEGICI

Dalla Carta di Ottawa al "New Deal" (empowerment, modello sociale di salute, la sanità come motore di sviluppo).

Riduzione delle disuguaglianze

Promozione di politiche pubbliche di promozione della salute.

La promozione della salute delle donne come priorità.

A) AZIONI DELIBERATE

Finanziaria 2007

Rispetto alle risorse aggiuntive stanziare di 20 miliardi di euro per la ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico, sono state vincolate le seguenti somme:

- 500 milioni di euro per la riqualificazione strutturale e tecnologica dei servizi di radiodiagnostica e di radioterapia di interesse oncologico con prioritario riferimento alle regioni meridionali ed insulari;
- 100 milioni di euro per la realizzazione di strutture residenziali dedicate alle cure palliative; 100 milioni di euro per l'implementazione e l'ammodernamento dei sistemi informatici delle aziende sanitarie ed ospedaliere e l'integrazione dei medesimi con i sistemi informativi sanitari delle regioni;
- 100 milioni di euro per strutture di assistenza odontoiatrica.

In particolare il riparto fra le regioni del maggiore importo è effettuato con riferimento alla valutazione dei bisogni relativi ai seguenti criteri e linee prioritarie:

- innovazione tecnologica delle strutture del Servizio sanitario nazionale, con particolare riferimento - alla diagnosi e terapia nel campo dell'oncologia e delle malattie rare;

- superamento del divario Nord-Sud;

E' previsto un Fondo di 65,5 milioni di euro per il cofinanziamento di progetti attuativi del PSN (di cui 5 milioni per iniziative nazionali realizzate dal Ministero della salute e 60,5 milioni da assegnare alle regioni), in materia di:

- a) sperimentazione del modello assistenziale case della salute, 10 milioni di euro;
- b) iniziative per la salute della donna ed iniziative a favore delle gestanti, della partoriente e del neonato, 10 milioni di euro;
- c) malattie rare, 30 milioni di euro;
- d) implementazione della rete delle unità spinali unipolari, per 10,5 milioni di euro.

Sono stati stanziati:

- 20 milioni di euro per l'anno 2007 e 18 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008 e 2009, per screening oncologici finalizzati alle regioni meridionali ed insulari;
- 5 milioni di euro per l'anno 2007 e 10 milioni di euro per 2008 e 2009, finalizzato alla realizzazione, nella città di Roma, di un Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà, con compiti di prevenzione, cura, formazione e ricerca sanitaria, in cui far confluire il Centro di riferimento della regione Lazio per la promozione della salute delle popolazioni migranti, senza fissa dimora, nomadi e a rischio di emarginazione, già operante presso l'Istituto dermosifilopatico Santa Maria e San Gallicano-IFO.

Ddl del Governo "PER LA PROMOZIONE E TUTELA DELLA SALUTE E DEI DIRITTI DELLE PARTORIENTI E DEI NATI"

L'esigenza di un ddl che promuova la tutela dei diritti della partoriente, il parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato nasce dalla convinzione che la promozione della salute materno-infantile sia un obiettivo prioritario da perseguire a livello nazionale, in ragione dei riflessi positivi che è in grado di generare sulla qualità della vita della madre, del bambino e, di conseguenza, della popolazione complessiva.

L'obiettivo è di promuovere la qualità e le buone pratiche raccomandate dal Progetto Obiettivo Materno Infantile, con l'obiettivo della riduzione delle disuguaglianze territoriali e sociali e del contrasto degli eccessi della medicalizzazione nel percorso nascita.

Infatti nel nostro paese ancora forti sono le differenze regionali per quanto riguar-

da la mortalità neonatale, il trasporto in utero e neonatale, la presenza dei consultori, la partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita, la presenza del padre in sala parto, il rooming in, il proseguimento dell'allattamento esclusivo fino ai sei mesi, la continuità assistenziale tra gravidanza-parto-puerperio, l'integrazione tra i servizi territoriali e ospedalieri.

Persistono inappropriatezze nell'offerta delle indagini strumentali e soprattutto nei tagli cesarei, che raggiungono tassi ben superiori a quelli raccomandati dall'OMS, in particolare nelle regioni meridionali, soprattutto nelle strutture private).

Persistono disuguaglianze sociali nelle madri (soprattutto immigrate) di neonati a basso peso e pretermine, che sono la causa più importante di mortalità nel primo anno di vita e di disabilità. Il livello di istruzione delle nubili nel Sud è più basso che per le coniugate e queste presentano un rischio più alto di partorire un nato morto o di basso peso.

Nella legislazione italiana manca ancora il concetto che il bambino è una risorsa anche economica e che investendo sul bambino si investe sul futuro del paese, come anche la Banca Mondiale, l'Unicef e l'Unesco hanno più volte ribadito.

Gli ospedali amici dei bambini, raccomandati dall'Unicef, sono soltanto il 2%.

La salute materno infantile, dunque, è un settore non solo di grande rilevanza in sé, ma anche essenziale per misurare la qualità e l'efficacia del nostro sistema sanitario.

L'obiettivo è rispondere alle criticità, ma anche introdurre elementi di innovazione. In questo senso

l'introduzione della procedura di anestesia epidurale, già introdotta nei LEA, rappresenta un ulteriore miglioramento della possibilità di scelta delle donne, che devono essere sempre più informate e consapevoli e devono essere rimesse al centro del percorso nascita, contrastando eccessi di medicalizzazione e di riduzione della loro competenza.

Attualmente, il ddl è stato assunto dalla Commissione Affari Sociali della Camera ed è stato accorpato in un testo unificato, che è all'esame dei lavori della Commissione.

Vaccino HPV

La recente immissione in commercio di un vaccino contro il papilloma virus umano (HPV), specificatamente contro i genotipi virali ad alto rischio oncogeno, HPV 16 e 18, cui vengono attribuiti circa il 70% di tutti i casi di carcinoma cervicale, e contro i genotipi 6 e 11, responsabili del 90% circa dei condilomi genitali, apre nuove prospettive alla prevenzione del cancro della cervice uterina e offre una ulteriore opportunità di salute per la donna e, più in generale, di salute riproduttiva per la coppia.

L'OMS, in alcune sue recenti Risoluzioni, ha sottolineato la rilevanza della lotta alle malattie sessualmente trasmesse, incluso il cervicocarcinoma, ai fini della tutela della salute sessuale e riproduttiva e l'importanza dell'attuazione di interventi in un ambito che avranno, vista la stretta correlazione, inevitabilmente ripercussioni significative anche nell'altro.

Questo nuovo vaccino ha un'elevata efficacia, soprattutto nelle ragazze più giovani, e non sono stati segnalati eventi avversi importanti. La durata dell'immunità, allo stato attuale delle conoscenze, è di almeno 4-5 anni; studi ulteriori sono necessari per avere maggiori dati sulla durata dell'immunità e sull'eventuale necessità di dosi booster, e per confermare le informazioni di sicurezza.

Questa nuova possibilità di prevenzione primaria si affianca alla più tradizionale prevenzione secondaria, realizzata per mezzo dello screening citologico, che permette di diagnosticare in fase precoce le lesioni precancerose.

Dal momento che l'infezione ha HPV viene acquisita abbastanza precocemente con

l'inizio dell'attività sessuale, il modo più razionale ed efficiente di impiegare questo nuovo vaccino è di offrirlo attivamente ad un'età in cui si presume che essa non sia ancora iniziata, inducendo, così, una protezione elevata prima di un eventuale contagio con l'HPV. Sulla base delle evidenze scientifiche attualmente disponibili, e coerentemente con le raccomandazioni dell'OMS contestualizzate nella realtà italiana, i 12 anni risultano l'età più indicata per la vaccinazione.

Infatti, sebbene il vaccino sia risultato efficace anche nelle giovani donne, il beneficio, in termini di protezione dall'infezione, è massimo proprio nelle preadolescenti. In questa fascia d'età è stata osservata la migliore risposta immunitaria al vaccino e la probabilità di aver contratto l'infezione è pressoché inesistente in quanto non ha ancora avuto inizio la vita sessuale.

Inoltre, a questa età, dal momento che i soggetti target dell'intervento vaccinale frequentano ancora la scuola dell'obbligo, è più facile l'offerta attiva della vaccinazione, anche ai gruppi a rischio di deprivazione sociale che sono anche a maggior rischio sia di sviluppare l'infezione sia di sottoutilizzo dello screening, con il raggiungimento di elevati livelli di copertura vaccinale. L'offerta in questa fascia d'età comporta che essa venga praticata presso i servizi vaccinali già impegnati nelle tradizionali vaccinazioni per l'infanzia, mantenendola all'interno del patrimonio professionale e delle prestazioni del SSN, a garanzia di equità di accesso alla prevenzione vaccinale. Vengono, in tal maniera, salvaguardate il monitoraggio delle coperture vaccinali e la valutazione di impatto della vaccinazione, sia in termini di possibili reazioni avverse a vaccino sia di riduzione della morbosità e della mortalità legate al cervicocarcinoma.

Il vaccino non esclude l'opportunità di proseguire i programmi di screening e di investire risorse per implementarli sul territorio nazionale e migliorarne la copertura, per la prevenzione delle forme tumorali associate ad altri ceppi oncogeni di HPV, verso cui il vaccino non offre alcuna protezione, e dei casi che continueranno a verificarsi nelle donne non vaccinate.

Screening neonatale obbligatorio per le sordità congenite.

E' in corso di acquisizione nel DPCM sui Livelli Essenziali di Assistenza lo screening audiologico neonatale per l'identificazione precoce delle ipoacusie congenite, che colpiscono circa l'1 per 1.000 dei neonati sani.

La frequenza di tali ipoacusie e l'evidenza che non solo forme severe profonde ma anche moderate possono determinare conseguenze negative nell'acquisizione del linguaggio verbale e conseguentemente dello sviluppo cognitivo e relazionale ed i riscontri sperimentali che una deprivazione uditiva precoce comporta anche modificazioni nell'organizzazione cerebrale, hanno portato alla realizzazione di sempre più validi screening audiologici neonatali e di programmi di trattamento precoce protesico e riabilitativo, fino ad arrivare all'impianto cocleare.

Due sono le metodiche abitualmente usate per lo screening audiologico: la registrazione di emissioni otoacustiche transienti (TEOAE) ed i potenziali evocati uditivi automatici del tronco (AABR) con una eventuale associazione delle due strategie. La sensibilità appare elevata, per le TEOAE quasi il 100%, la specificità è pari al 97%. Le TEOAE rappresentano un test rapido, molto semplice, ben riproducibile e non invasivo: Gli apparecchi in uso hanno un costo molto basso e non necessitano di alcuna preparazione specialistica da parte del personale che li adopera, ma solo di adeguato addestramento. I soggetti risultati positivi al test devono essere inviati ad un Centro di II livello per indagini più approfondite.

Linee di indirizzo nazionale sull'allattamento materno

Il latte materno fornisce tutti i nutrienti di cui il lattante ha bisogno nei primi sei mesi di vita e dà un importante contributo alla nutrizione, salute e sviluppo del

bambino, anche successivamente quando ha inizio una adeguata alimentazione complementare. Il Ministero della salute raccomanda perciò come misura di salute pubblica che i bambini siano allattati esclusivamente al seno fino a sei mesi e che l'allattamento al seno continui poi, con adeguati alimenti complementari fino a che la madre ed il bambino lo desiderino, anche dopo l'anno di vita.

Il Ministero della salute si impegna a sostenere attività delle Regioni per la formazione degli operatori sanitari e sociali, secondo le raccomandazioni dell'OMS e dell'UNICEF, perché siano in grado di fornire le opportune informazioni e di sostenere le donne, in maniera competente, a mettere in pratica le decisioni prese. Si impegna altresì a promuovere iniziative al fine di creare ambienti e condizioni favorevoli alla pratica dell'allattamento al seno.

Il Ministero della Salute, in accordo con il Ministero dell'Università e della Ricerca, il Ministero del Lavoro e Previdenza Sociale, Ministero della Pubblica Istruzione e il Dipartimento delle Politiche per la famiglia della Presidenza del Consiglio dei Ministri, promuoverà varie iniziative a favore della protezione, alla promozione ed al sostegno dell'allattamento al seno. Inoltre in collaborazione con il Ministero per lo Sviluppo Economico, il Ministero per le Politiche Agricole Alimentari e Forestali e il Ministero per l'Ambiente e Tutela del Territorio, metterà in atto tutte le misure necessarie a proteggere il latte materno dalla possibile contaminazione, attraverso la catena alimentare, con residui chimici ambientali e tossine.

Il documento rappresenta la "policy" nazionale su tali tematiche, costituendo quindi un passaggio essenziale e preliminare ad ogni ulteriore attività in questo contesto, secondo le indicazioni dell'OMS.

Tale documento è stato inoltrato alla Segreteria della Conferenza Stato Regioni.

Progetto Ministero Salute / CCM / ISS – "STRATEGIE UTILI A FAVORIRE UNA ASSUNZIONE OTTIMALE DI ACIDO FOLICO"

Secondo i dati dei Registri delle Malformazioni congenite raccolti dal Centro Nazionale Malattie Rare dell'ISS, si stima che nel nostro Paese circa il 3% dei nati siano affetti da malformazioni congenite. I difetti del tubo neurale (il principale dei quali è la spina bifida) sono circa 120 casi l'anno, ma va aggiunto un numero circa doppio di interruzioni volontarie di gravidanza l'anno per diagnosi prenatale di difetti del tubo neurale.

Consolidate evidenze scientifiche indicano che l'assunzione di acido folico (almeno un mese prima del concepimento fino a tutto il primo trimestre di gravidanza) può prevenire almeno il 50% dei difetti del tubo neurale ed almeno il 10-20% delle altre malformazioni suscettibili di riduzione dell'incidenza.

Nel 2004 è stato costituito il Network italiano promozione Acido Folico promosso dall'ISS con il contributo del Centro Nazionale Malattie Rare, con l'obiettivo di diffondere informazione e consapevolezza fra gli operatori socio sanitari ed i cittadini.

Il Network ha elaborato la raccomandazione nazionale per la supplementazione periconcezionale di acido folico.

Il progetto promuove approcci complementari alla supplementazione quali:

- la diffusione di informazioni da parte delle strutture del SSN sull'acido folico, mediante campagne informative nazionali, interventi formativi per i medici di medicina generale, i pediatri, i ginecologi, le ostetriche, il personale dei consultori familiari;
- una strategia per l'educazione verso migliori stili alimentari, a partire dall'infanzia e dall'adolescenza.

Progetto Ministero Salute / CCM / ISS PER LA PROMOZIONE E LA VALUTAZIONE DI QUALITÀ DI MODELLI OPERATIVI DEL PERCORSO NASCITA

Il Ministero della Salute, d'accordo con le Regioni, intende promuovere l'implementazione di alcune delle attività del percorso nascita presenti nel Progetto Obiettivo Materno Infantile, al fine di acquisire elementi concreti per la formulazione di proposte di miglioramento dell'assistenza nell'area materno infantile.

Una particolare attenzione deve essere riservata alla popolazione immigrata, il cui contributo alla natalità è sempre più significativo tanto da imporre la necessità di una indagine ad hoc per acquisire utili elementi per l'adeguamento delle procedure operative.

Le attività che dovranno essere prese in considerazione e che dovranno essere valutate dal progetto sono rappresentate da:

Periodo preconcezionale: offerta attiva alle coppie che si sposano di attività di counselling su procreazione responsabile, genitorialità, prevenzione malformazioni.

Periodo gravidanza: offerta attiva alle donne che entrano in gravidanza di attività di counselling sull'assistenza antenatale e sulle opportunità e sui rischi delle diverse alternative nello sviluppo del percorso nascita;

offerta attiva di corso di accompagnamento alla nascita (fisiologia della riproduzione, raccomandazioni per l'assistenza alla nascita e normative, gestione del travaglio-parto e controllo del dolore, cure del bambino, allattamento al seno, procreazione responsabile, genitorialità).

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/visita domiciliare in puerperio alle donne che hanno partorito nel territorio, counselling sulle cure in puerperio, promozione della procreazione responsabile, promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno.

Preceduto da un preventivo accordo con le Regioni, sulla base del quale le stesse si faranno promotrici dell'invito e della raccolta delle candidature alla sperimentazione da parte delle ASL / Distretti, verranno prese in considerazione le realtà con esperienza, anche parziale, delle attività indicate, tali da permettere l'utilizzo di modelli operativi riqualificati, soprattutto per quanto concerne le modalità dell'offerta attiva, e la valutazione con indicatori di processo, risultato ed esito.

Le candidature saranno vagliate dal Comitato di Progetto. Saranno privilegiate le situazioni in cui siano presenti modelli di integrazione orizzontale e verticale al fine di assicurare una migliore continuità della presa in carico e un potenziamento della rete territorio - ospedale.

Tra le attività da sviluppare, nell'ambito della Comunicazione e Formazione, si prevede anche la raccolta, la produzione e la validazione di materiali informativi sulla prevenzione e sulle buone pratiche nel percorso nascita che possano essere messe a disposizione di tutte le Regioni per l'aggiornamento degli operatori dei servizi. Una specifica attività, realizzata dall'Istituto Superiore di Sanità, riguarderà la sorveglianza del percorso nascita nelle popolazioni immigrate sia con studi trasversali che con la messa in rete di strumenti informativi specifici.

Il Progetto è finanziato con 2 milioni di euro.

Campagna Nazionale di Comunicazione "GENITORI PIU'"

E' un programma di Prevenzione Attiva e Promozione della salute nei primi anni di vita attraverso 7 azioni sinergiche di comprovata efficacia.

Il Progetto si propone l'estensione a livello nazionale delle Azioni sperimentate nel-

la Campagna “GenitoriPiù” della Regione Veneto.

Nell’ambito della promozione della salute perinatale e infantile, sono da considerarsi come prioritari, in quanto di efficacia dimostrata e con effetti importanti sulla salute, interventi finalizzati alla promozione delle seguenti pratiche:

1. L’assunzione di adeguate quantità di acido folico nel periodo periconcezionale.
2. L’astensione dal fumo di sigaretta durante la gravidanza e nei luoghi frequentati dal bambino
3. L’allattamento al seno esclusivo nei primi sei mesi di vita.
4. La posizione supina nel sonno nel primo anno di vita
5. L’utilizzo di appropriati mezzi di protezione del bambino negli spostamenti in automobile.
6. Le vaccinazioni
7. Promozione della lettura ad alta voce ai bambini in età prescolare.

La letteratura scientifica disponibile sottolinea gli effetti positivi di questi comportamenti sulla salute infantile, mostrando:

- l’efficacia diretta di un singolo comportamento su un singolo problema,
- l’efficacia cumulativa di diversi comportamenti che concorrono a prevenire un singolo problema,
- l’efficacia di un singolo comportamento nella prevenzione di un più ampio spettro di problemi.

Sul piano metodologico il progetto presuppone un lavoro integrato di rete (nella sanità e con gli altri stakeholders), l’ottimizzazione delle risorse, e l’empowerment delle famiglie, attraverso la fidelizzazione della popolazione alle proposte e la visione di un suo coinvolgimento attivo nella gestione e della salute propria dei propri figli.

Il progetto prevede il coinvolgimento strategico, nella rete dei Servizi impegnati nel progetto, dei Pediatri di Famiglia per tutta la parte di azioni promosse (sulla scorta di quelle contenute nella Convenzione in atto nel Progetto Salute Infanzia dell’Accordo della Pediatria di Libera scelta come ulteriormente definite negli accordi regionali e nei singoli Patti Aziendali).

Si prevede un’attenzione specifica per il più ampio coinvolgimento soprattutto delle fasce più marginali, in particolare immigrate, attraverso strumenti appropriati, linguistici e di mediazione culturale.

Assi principali di lavoro

- A livello nazionale: attivazione di una campagna massmediatica per tutta la popolazione
- A livello regionale: costituzione di gruppi locali di lavoro e di coordinamento della parte locale della campagna (coinvolgimento Media locali e Servizi Locali); costituzione di un coordinamento con un gruppo di referenti espressione delle Regioni partecipanti (coinvolgimento Media nazionali).

Analogamente ai presupposti metodologici previsti nella Campagna della Regione Veneto particolare cura dovrà essere riservata all’adattamento, per singola Regione aderente, delle iniziative di comunicazione della campagna, integrandole con quelle che sono le tradizioni organizzative, le risorse, le esperienze e le attività locali già in essere, sia istituzionali che del volontariato, con analogo coinvolgimento degli stakeholders, tenendo in particolare considerazione gli accordi regionali per la Pediatria di Famiglia di volta in volta vigenti. In modo isomorfo tra livello nazionale e livello regionale il coinvolgimento di tutte le categorie professionali coinvolte dovrà essere massimizzato. Dovrà essere curata l’integrazione con quanto già in essere sia per iniziativa locale che come ricaduta di iniziative nazionali.

Progetto Ministero Salute/CCM/ISS PER LA SORVEGLIANZA SUGLI STILI DI VITA E I COMPORAMENTI SALUTARI DELL'ETA' EVOLUTIVA (6-15 anni)

Obiettivo generale del presente progetto è definire e realizzare nel territorio nazionale un sistema di sorveglianza sui giovani in età evolutiva (6-15 anni) per acquisire in modo sistematico dati, il più completi possibili, sui diversi stili di vita dei ragazzi, sui loro comportamenti in relazione ai principali fattori di rischio, in modo da realizzare una modalità di ascolto e di dialogo continuo con i ragazzi, necessario ad orientare gli interventi per la prevenzione e la promozione della salute e più in generale per costruire politiche giovanili strutturate sui loro reali bisogni. A tal fine è necessario passare dalla logica dello studio trasversale a quella della sorveglianza continua e sistematica, necessaria non solo in termini di conoscenza ma anche nell'ottica della pianificazione di interventi di salute pubblica e di monitoraggio delle azioni già intraprese.

Obiettivi specifici diventano, quindi:

- Progettare e realizzare nel territorio nazionale un programma di sorveglianza nutrizionale per la prevenzione di sovrappeso/obesità tra i bambini di età compresa tra i 6 e i 10 anni, con acquisizione di informazioni dirette e non riferite su alcuni parametri antropometrici
- Progettare e realizzare nel territorio nazionale un programma di sorveglianza sui comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare (11-15 anni) per disporre di informazioni precise e continue sull'evoluzione dei fenomeni indagati, cogliendo le linee di tendenza o i cambiamenti di situazioni, atteggiamenti, comportamenti spesso particolarmente veloci nel mondo adolescenziale.

L'attività di sorveglianza consentirà anche la partecipazione a ricerche internazionali finalizzate allo scambio di informazioni ed confronto tra diversi paesi, quali lo studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) sugli stili di vita dei ragazzi (11-15 anni) e lo studio GYTS (Global Youth Tobacco Survey), sul comportamento dei giovani (13-15 anni) in relazione al fumo di tabacco.

La sorveglianza sarà collegata con le iniziative programmate nell'ambito del Piano "Guadagnare Salute" e dovrà, pertanto, rendere possibile nel corso del tempo l'eventuale aggiunta di ulteriori elementi di indagine, in base alle esigenze locali e ai nuovi argomenti di salute che dovessero essere affrontati.

Il sistema, inoltre, per essere utile ai fini della prevenzione, della programmazione e della valutazione degli interventi attuati, deve costituire uno strumento del sistema sanitario e, quindi, condiviso con le Regioni.

Cure Palliative Pediatriche

In Italia 11.000 bambini (da 7.500 a 15.000) con malattia inguaribile e/o terminale (1/3 oncologica-2/3 non oncologica), hanno necessità di cure palliative pediatriche e debbono essere seguiti da una rete assistenziale comprendente un team di cure palliative pediatriche di terzo livello, i servizi territoriali ed ospedalieri più vicini al luogo di vita del minore. Questo diritto non deve essere limitato dall'età, dalla patologia, dalla luogo di vita e dalle condizioni economiche ed organizzative della famiglia.

La rete assistenziale deve garantire a ciascun minore bisognoso di cure palliative pediatriche, la risposta ai suoi principali bisogni di salute attuali ed evolutivi e a quelli della famiglia. In particolare devono essere garantite le azioni essenziali nell'ambito del processo di assessment diagnostico e di presa in carico, con la partecipazione attiva nei processi decisionali della famiglia e, per quanto possibile per età e condizione, del bambino.

La cura prestata a domicilio resta per l'età pediatrica l'obiettivo principale da rag-

giungere: nonostante ciò, esistono momenti del percorso assistenziale (ad esempio la dimissione protetta da reparti di terapia intensiva e da altri reparti ospedalieri oppure particolari condizioni transitorie delle famiglie) che richiedono una soluzione residenziale: in questi casi il luogo di cura deve essere dedicato ai minori e il personale specificatamente formato per le cure palliative rivolte ai minori.

La realizzazione della rete di cure palliative pediatriche, inserita nelle più ampie reti assistenziali pediatrica e di cure palliative, deve avvenire su base regionale o sovvraregionale, tenendo conto della necessità di provvedere sia ad una assistenza a domicilio del paziente, che ad una forma di assistenza residenziale. Le Regioni sceglieranno i modelli da attuare, anche in relazione alle caratteristiche dei diversi sistemi sanitari, in cui esse andranno a realizzarsi, tenendo comunque conto della necessità prioritaria di riorientare l'utilizzo delle risorse, comprimendo usi impropri di lunghe degenze in reparti ospedalieri, in particolare di tipo intensivo.

Piano Nazionale di Prevenzione della Sterilità (art. 2 legge 40)

La Legge 19 febbraio 2004, n. 40 "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita" all'art. 2 (Interventi contro la sterilità e la infertilità), comma 1, prevede delle azioni complementari tra prevenzione, comunicazione e ricerca :

Su molte delle cause di infertilità sia femminili che maschili è possibile intervenire attraverso la prevenzione, la corretta informazione, l'adozione di stili di vita salutari diagnosi tempestive e terapie appropriate.

Una corretta ed appropriata informazione target mirata deve poter raggiungere tutta la popolazione interessata: donne gravide, genitori, adolescenti, donne ed uomini in età feconda, coppie con problemi di fertilità, operatori sanitari (PLS, MMG, specialisti) nonché le strutture sanitarie territoriali ed ospedaliere per responsabilizzare sulle misure che è possibile adottare e per rendere noti i percorsi praticabili per accedere alle prestazioni preventive, diagnostiche e terapeutiche.

Il contributo dei servizi territoriali, in particolare del Consultorio Familiare (richiamato dall'art.3 della legge 40) viene considerato di notevole rilevanza, purchè inserito in un progetto di Azienda che integri le varie competenze ospedaliere e territoriali. In questo quadro, si promuove il ruolo dei consultori familiari per azioni di prevenzione andrologica e salute riproduttiva maschile, attraverso l'integrazione con servizi specialistici distrettuali di andrologia.

Razionale del PNPS è quello di far convergere le attività di prevenzione, comunicazione, ricerca e utilizzo dei servizi mediante progetti trasversali all'interno dell'Amministrazione condivisi e concordati sia tra le differenti DG che a differenti livelli di governo (centrale, regionale e locale)

Progetto di Comunicazione "Diventare Genitori"

In attuazione della legge 40 /2004 si prevede per il 2007 la diffusione di un'informazione istituzionale di pubblico interesse finalizzata a orientare adolescenti e giovani verso stili di vita e comportamenti salutari, allo scopo di prevenire l'infertilità e la sterilità che in Italia colpiscono tra il 15 ed il 20% delle coppie e per promuovere presso i giovani il valore dell'assunzione del ruolo genitoriale.

Un progetto di comunicazione affidato all'Istituto Italiano di Medicina Sociale con lo scopo di diffondere, tra gli adolescenti ed i giovani, una nuova cultura della genitorialità e della tutela del proprio corpo e della propria salute, in funzione della preservazione della propria capacità procreativa.

L'azione di sensibilizzazione avrà come destinatari il mondo giovanile dagli adolescenti ai giovani adulti, partirà a livello istituzionale e coinvolgerà specialisti e strutture deputate all'assistenza e all'educazione dei ragazzi

La prevenzione primaria si attua principalmente attraverso la diffusione di informazioni corrette e conoscenze orientate a rafforzare o modificare comportamenti e

stili di vita.

Oltre agli aspetti prettamente medici, sarà dato risalto al concetto di paternità/maternità/genitorialità inteso come valore, un valore che rischia di perdersi tra i molti messaggi quotidiani ormai acquisiti dai giovani, quali:

- la difficoltà di formare famiglie stabili nel tempo (separazioni in aumento);
- la percezione che i figli possano rappresentare un ostacolo all'indipendenza, alla capacità economica e alla carriera;
- la paura di non essere in grado di accudire i figli.

Questi sono alcuni dei timori che allontanano i giovani dall'idea di costituire una famiglia e rivestire il ruolo di genitori. Ma le informazioni non sono solo queste, essere genitori prevede anche un ruolo dinamico e soddisfazioni diverse che diano senso alla nostra vita.

Il progetto di informazione sarà incentrato su una comunicazione multimediale, che vedrà come protagonisti i giovani, le nuove tecnologie come strumenti per lanciare il messaggio, e Internet come luogo di incontro.

Il rapporto con i ragazzi non sarà però solo virtuale, poiché il progetto sarà presentato sul territorio, nelle scuole medie inferiori e superiori e nelle università chiedendo agli stessi ragazzi di diventare testimonial del messaggio e di utilizzare i nuovi media per lanciare loro stessi messaggi di sensibilizzazione indirizzati ai coetanei.

Il progetto di comunicazione e informazione multimediale è infatti finalizzato all'utilizzo delle nuove tecnologie stabilendo su Internet, tramite un portale multimediale, un contatto diretto con i giovani in cui possano venire a conoscenza delle tematiche relative, incontrare specialisti e esperti e soprattutto esprimere le proprie idee diventando protagonisti della stessa informazione.

Commissione ministeriale "SALUTE DELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA"

La Commissione ha un ruolo consultivo per il Ministro sugli aspetti della salute dei giovani immigrati. Aree prioritarie della Commissione sono:

- monitoraggio dell'offerta e della fruibilità dei servizi per gli immigrati regolari (lavoratori, studenti) - Condizione degli irregolari e nuove prospettive per i neo-comunitari
- salute delle donne- area materno-infantile - mutilazioni genitali femminili
- valorizzazione delle competenze sanitarie degli stranieri- nuove professioni (mediazione culturale)
- salute sul luogo di lavoro – incidenti sul lavoro
- salute mentale – disagi psichici
- rischi per la salute legati alla prostituzione e alla reclusione
- popolazioni ROM
- cooperazione in campo sanitario con i paesi in via di sviluppo.

Un ruolo importante lo potrà svolgere il Centro di eccellenza del San Gallicano, coordinandosi con gli uffici del Ministero, per la costituzione della banca dati e la redazione del libro bianco.

Il Centro e la Commissione procederanno alla elaborazione di un Piano di intervento di lungo periodo, una sorta di Piano strategico collegato con il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, nel quale, per ogni argomento, siano previsti strumenti di : ricerca, formazione, informazione volta alla promozione della fruibilità dei servizi, attivazione di servizi specifici, a seconda delle esigenze e dei bisogni degli utenti. Il Piano è finalizzato a:

- sostenere Regioni ed enti locali per un miglioramento dei servizi materno-infantili, anche attraverso l'introduzione di personale specializzato nell'assistenza domiciliare, per un'effettiva presa in carico di ogni specifico caso, dal concepimento fino all'età della prima infanzia del bambini, la modulazione del-

l'orari e delle prestazioni anche sulla base delle esigenze delle donne immigrate, l'integrazione dell'assistenza sanitaria con servizi di mediazione culturale.

- promuovere campagne informative per la prevenzione della gravidanza e dell'interruzione volontaria della gravidanza
- promuovere campagne informative per le donne straniere sull'educazione alimentare, la crescita armoniosa del bambini dal punto di vista fisico e psicologico, sui servizi per l'infanzia disponibili sul territorio
- promuovere politiche di sostegno alla maternità.
- romuovere la copertura totale delle vaccinazioni obbligatorie per i minori, con particolare attenzione ai figli d immigrati irregolari e ai bambini Rom.
- in attuazione della legge 7/2006, sulle mutilazioni genitali femminili: promuovere la formazione specifica degli operatori sanitari, degli operatori della scuola e un costante e leale rapporto con le famiglie; prevedere, con il supporto di enti locali e servizi specializzati, misure di intervento sia di tipo preventivo che di tutela delle donne vittime di mutilazioni genitali, inquadrando gli interventi in un contesto più ampio di contrasto di tutte le forme di violenze contro le donne e di un reale cambiamento del comportamento nei confronti delle donne, agendo su vari fattori: istruzione, status sociale delle donne e delle bambine; discriminazione contro le donne; mancanza di conoscenza dei diritti umani e delle donne; mancanza di empowerment economico.

L'attività della Commissione si coordinerà con altri gruppi di lavoro che stanno parlando all'interno del Ministero su temi importanti come la salute mentale, la salute delle donne e dei minori, la salute sui luoghi di lavoro, il progetto "Guadagnare in salute", all'interno dei quali l'aspetto riguardante gli immigrati avrà una certa rilevanza.

Inoltre, nel corso del 2007 Il Ministero organizzerà, in collaborazione con il Ministero Affari esteri, una Conferenza sulla salute nell'area del Mediterraneo.

AZIONI IN CORSO

Modifica D.M. 500 sul Codice Internazionale commercializzazione lattini

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 "lattini", 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'inciden-

za 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 istruito 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 morbilità 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 morbilità 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 morbilità 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 socio-sanitario impegnato nel percorso nascita. Affinchè i CedAP possano essere efficacemente utilizzati come strumenti per la valutazione, occorre promuovere, di con-

certo 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 interes-

sare 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 adattar-

si 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 straniere 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 co-

stituisce 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. 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 cortisonica 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 Intersettoriale 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 pre-

venzione 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 intersettoriale, a livello sia governativo sia regionale e locale, che si traduca in strategie condivise per obiettivi comuni.

Il Piano strategico intersettoriale, 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. È la misura della qualità di una democrazia, della coesione sociale e dello 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 del-

l'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.

**AUDIZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE
SEN. LIVIA TURCO
CAMERA DEI DEPUTATI
XII COMMISSIONE AFFARI SOCIALI
ROMA, 27 GIUGNO 2007**

Sono molto lieta di essere qui oggi per questa Audizione, che considero davvero molto importante.

La promozione della salute delle donne e dei bambini è infatti un grande tema, politico e culturale insieme, che coinvolge la responsabilità diretta delle politiche sanitarie, ma anche quella delle politiche non sanitarie. Che interessa la qualità dei servizi, ma anche la qualità del modello sociale complessivo di riferimento. Che attiene alla professionalità degli operatori, ma anche alla consapevolezza e competenza delle persone.

Per promuovere efficacemente la salute delle donne occorre attivare politiche, risorse, servizi, professionalità, ma anche costruire socialità, favorire mutamenti nel tessuto sociale delle relazioni, prassi sociali di solidarietà, di reciprocità, libertà e responsabilità tra le donne e gli uomini.

Anche per queste ragioni sono convinta che occorra aprire, su questo tema, nel Paese, non solo nelle istituzioni, un vero dibattito pubblico, capace di attivare la partecipazione consapevole delle persone e di promuovere una nuova stagione ideale, di grandi valori etici e di forti passioni civili.

Il secolo che si è aperto ci consegna un mondo segnato da stridenti contraddizioni, disuguaglianze, povertà, conflitti. Interi continenti sono ancora piegati da epidemie e malattie evitabili, mentre nei paesi sviluppati il progresso scientifico e tecnologico raggiunge traguardi persino inimmaginabili. Tragiche arretratezze e insieme straordinarie potenzialità.

Chi ha la responsabilità delle decisioni non può mai distogliere lo sguardo da questa visione globale, perché questo è il vero terreno di prova dei nostri principi e dei nostri valori, della sostanza del nostro dettato costituzionale.

Pace, democrazia, uguaglianza devono essere impegni strategici dei governi e degli stati, per garantire diritti e libertà delle persone, in ogni parte del mondo. Soprattutto delle donne e dei bambini.

Come Ministro della Salute ho la piena consapevolezza che la promozione e la tutela del diritto alla salute significa impegnarsi direttamente per il raggiungimento di questi obiettivi. Le disuguaglianze nello stato di salute della popolazione leggono infatti tutte le altre disuguaglianze e discriminazioni, quelle sociali e quelle tra uomini e donne. Occorre promuovere, quindi, un riposizionamento delle politiche pubbliche, che orienti le scelte tenendo conto della valutazione di impatto sulla salute di tutte le politiche e che consideri il diritto alla salute come diritto forte capace di riconoscere e promuovere tutti gli altri diritti, sociali, economici, civili.

Si tratta allora di ribadire, una volta di più, la scelta del nostro sistema sanitario come modello pubblico e universalistico, ma anche di introdurre novità e miglioramenti.

In questo senso, prima di elencare nel dettaglio le iniziative intraprese e quelle in corso da parte del Ministero della Salute, vorrei sottolineare due elementi che considero innovativi e indispensabili, rappresentati dalla salute in tutte le politiche e dall'approccio di genere alla salute.

La salute in tutte le politiche

Ritengo fondamentale che il nostro Paese adotti la scelta dell'azione intersettoriale per tutte le politiche di promozione della salute. E' questa una precisa raccomandazione dell'Unione Europea, punto essenziale dell'agenda europea. Il documen-

to 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.

La salute in tutte le politiche rappresenta una delle modalità attraverso la quale reinterpretare la missione del Ssn. La sua stessa natura, le sue stesse finalità di sistema pubblico e universalistico ci impongono un passaggio di questo genere. La salute in tutte le politiche individua una vera e propria strategia, e insieme la risposta scientificamente più solida e operativamente più efficace per la promozione della salute nelle società moderne e per la sostenibilità del sistema di sicurezza sociale nel suo complesso.

Per questo come Ministero della salute abbiamo investito, da subito, sul Piano Guadagnare in salute, che ha coinvolto la responsabilità di numerosi Ministeri, delle Regioni, degli Enti locali, così come delle organizzazioni di rappresentanza sociale e di impresa, per promuovere azioni capaci di intervenire sugli stili di vita della popolazione che così grande influenza hanno sull'insorgenza delle più rilevanti malattie.

Il Ministero ha deciso, inoltre, di promuovere la Prima Conferenza nazionale sulla salute delle donne, che si svolgerà l'8 marzo del prossimo anno, con la predisposizione di un Piano Intersettoriale. Questo evento è del tutto inedito per i governi del nostro Paese e rappresenterà un primo risultato dell'azione intersettoriale che intendiamo promuovere, a partire dalla salute delle donne.

Approccio di genere alla salute

Ritengo altresì che occorra considerare il genere tra i determinanti della salute e investire sulle evidenze e sulle coerenze che l'approccio di genere alla salute comporta. La dimensione di genere non è infatti pienamente utilizzata, ancora oggi, come strumento sistematico per programmare le azioni e gli interventi di promozione della salute e persistono stereotipi e pregiudizi, nella ricerca biomedica e in medicina, dallo studio dell'eziologia ai fattori di rischio e protettivi per la salute, dai sintomi alla diagnosi, dalle misure di riabilitazione alla valutazione dei risultati dei trattamenti.

Rilevante è ancora la sottovalutazione dei bisogni di salute delle donne all'interno di una ricerca medica centrata sull'uomo e sulla sua realtà biologica e sociale, 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 quelle relative alla dimensione sociale e culturale del genere è essenziale per delineare programmi ed azioni, organizzare l'offerta dei servizi, indirizzare la ricerca, analizzare i dati statistici.

La dimensione di genere inoltre - come sottolinea l'OMS - è ineludibile per un efficace contrasto delle disuguaglianze. 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 è quindi 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 sottovalutati. Questi indicatori devono essere utilizzati nei programmi e nelle politiche,

nella raccolta dei dati epidemiologici, demografici e statistici e nella valutazione dei risultati.

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.

In questo senso, si sottolineano 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'ultima indagine multiscope 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 (+5%9), 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 occorranza 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 risposta 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. E' quindi indispensabile 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 anti violenza. Da qui la proposta di 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 infatti 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.

- 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. 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. In questo quadro il nostro sistema sanitario nazionale deve assumere 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. Ma 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 e 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 di un milione e trecentomila persone (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 e 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.

In coerenza con questa premessa, presso il Ministero della Salute è stata insediata l'8 giugno scorso la Commissione Salute delle donne, di durata triennale, suddivisa in sette gruppi di lavoro:

1. preparazione della Conferenza nazionale sulla salute delle donne e del Piano Intersettoriale;
2. approccio di genere alla salute;
3. il percorso nascita: periodo preconcezionale, gravidanza, parto, puerperio;
4. la salute sessuale e riproduttiva;
5. la salute delle donne durante tutto l'arco della vita;
6. i tumori;
7. la violenza contro le donne.

All'interno degli specifici obiettivi dei diversi gruppi di lavoro, se ne sottolineano alcuni:

1. Definire procedure per l'inclusione degli aspetti di genere nella raccolta e nella elaborazione dei flussi informativi centralizzati e periferici;
2. Elaborare Raccomandazioni 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);
3. 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.);
4. Promozione di una Banca dati per raccogliere le ricerche e le esperienze dei servizi sanitari con un'ottica di genere;
5. 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);
6. Definire Raccomandazioni alle Regioni per lo sviluppo di criteri rivolti alla promozione dei servizi sanitari o di attività sanitarie "sensibili al genere";
7. Definire Raccomandazioni per le istituzioni formative (Università, Istituti di ricerca ecc.) perché sviluppino studi di medicina di genere;
8. Promuovere azioni per l'empowerment delle donne;
9. Promuovere azioni per il miglioramento delle condizioni delle donne che ope-

- rano nel sistema sanitario;
10. Monitorare la qualità e la valutazione del Percorso nascita del Progetto Obiettivo Materno Infantile, ai fini del miglioramento della salute materno-infantile;
 11. 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;
 12. Promuovere un Piano nazionale socio-sanitario, realizzando preventivamente una valutazione di impatto equitativo secondo il genere;
 13. Predisporre un Piano per la salute sessuale e riproduttiva, in particolare per le/gli adolescenti;
 14. 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;
 15. Sviluppare iniziative volte al riconoscimento e all'effettivo rispetto dei diritti umani delle donne e delle bambine;
 16. 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;
 17. Promuovere azioni per il miglioramento degli aspetti dell'igiene ambientale e industriale che incidono in particolare sulla salute sessuale e riproduttiva delle donne;
 18. Promozione di programmi che orientino a stili di vita sani, correlati al genere (in particolare dedicate alle donne anziane);
 19. 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.

Rispetto alle attività del Ministero della Salute per la promozione della salute delle donne e dei bambini, si allega il documento "Verso un Piano d'Azioni sulla salute materno-infantile" che è stato presentato a Napoli l'8 marzo scorso.

Tra le azioni già deliberate sottolineo:

1. le risorse stanziati nell'ultima legge finanziaria per i servizi di radiodiagnostica e di radioterapia di interesse oncologico, in particolare per le regioni meridionali e insulari; per le cure palliative, anche pediatriche; per l'assistenza odontoiatrica, anche pediatrica; per Progetti attuativi del PSN, in particolare per la salute della donna e delle gestanti, delle partorienti e dei neonati; per le malattie rare; per gli screening oncologici;
2. il ddl per la promozione e tutela della salute e dei diritti delle partorienti e dei nati, attualmente in discussione come testo unificato presso la Camera dei Deputati;
3. il piano di vaccinazione contro l'HPV per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina;
4. lo screening obbligatorio per le sordità congenite;
5. le Linee Nazionali di indirizzo per la promozione dell'allattamento esclusivo al seno;
6. il Progetto Ministero della Salute/CCM/ISSS per l'assunzione ottimale di acido folico in gravidanza;
7. il Progetto Ministero della Salute/CCM/ISSS per la promozione e la valutazione di qualità di modelli operativi del percorso nascita;
8. la Campagna Nazionale di comunicazione sulle sette azioni raccomandate per

- la prevenzione attiva e la promozione della salute nei primi anni di vita del bambino;
9. il Progetto Ministero della Salute/CCM/ISS per la sorveglianza sugli stili di vita e i comportamenti salutari dell'età evolutiva;
 10. il Piano delle cure palliative pediatriche;
 11. il Piano di Prevenzione di odontoiatria infantile.

Tra le azioni in corso sottolineo:

1. la modifica del D.M 500 sul Codice Internazionale di commercializzazione dei lattini e il Regolamento ministeriale per l'attuazione della Direttiva 2006/141/CE riguardante gli alimenti per lattanti e alimenti di proseguimento;
2. le Linee Guida sul taglio cesareo;
3. l'attuazione della Direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali delle ostetriche;
4. il Progetto Ministero della Salute/ISS sul sistema di sorveglianza della mortalità materna.

Infine, tra le attività del Ministero della Salute promosse di concerto con altri Ministeri, ricordo che è stato 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; che sono stati avviati, insieme al Ministero della Ricerca e dell'Università, i corsi di formazione di Medicina di genere, a partire dalla Facoltà di Medicina dell'Università Tor Vergata di Roma che ha istituito per l'anno prossimo uno specifico Master.

Per quanto concerne donazione e la conservazione delle cellule staminali emopoietiche presenti nel cordone ombelicale al momento del parto, gli strumenti normativi attualmente in vigore sono:

- L'accordo Stato-Regioni 10 Luglio 2003 - Linee Guida in tema di raccolta, manipolazione ed impiego clinico di cellule staminali emopoietiche.
- L'accordo Stato-Regioni 23 Settembre 2004 - Linee Guida sulle modalità di esperimento, trattamento, conservazione e distribuzione di cellule e tessuti umani a scopo di trapianto.
- La legge 219/2005 che regola la produzione, la conservazione e l'impiego del sangue, dei prodotti trasfusionali (tra cui le cellule staminali emopoietiche) e degli emoderivati.
- L'ordinanza del Ministro della Salute del 4 maggio 2007 sulla donazione, la conservazione e l'esportazione delle cellule derivate da sangue cordonale.

Con quest'ultimo provvedimento contenente "misure urgenti in materia di cellule staminali da cordone ombelicale", si conferma che l'attività di conservazione del cordone ombelicale è effettuata esclusivamente dalle banche di strutture pubbliche, da quelle individuate dall'art.8 della Legge 107/1990 e da quelle di cui all'Accordo Stato Regioni del 10 luglio 2003.

La conservazione del cordone a seguito di donazioni, senza oneri a carico delle donatrici, è prevista dalla nuova ordinanza nei seguenti casi:

- per uso allogeneo, a scopo solidaristico;
- per uso dedicato, al proprio neonato o a consanguineo affetto da patologia in atto al momento della raccolta del cordone, per la quale può essere utile un eventuale trapianto di cellule cordonali;
- per uso dedicato, nel caso di famiglie ad alto rischio di avere figli affetti da malattie geneticamente determinate per le quali risultati appropriato il trapianto.

L'ordinanza affronta inoltre per la prima volta la possibilità per le donne di conservare il proprio cordone per uso autologo, anche in quei casi in cui il neonato non sia affetto o sia a rischio di contrarre patologie per le quali è già oggi provata l'utilità del trapianto.

In proposito l'ordinanza preannuncia un'iniziativa legislativa che disciplini le modalità e le condizioni per la conservazione ad uso autologo del cordone. Il mio orientamento è quello di consentire tale possibilità solamente a condizione che la donatrice accetti di renderne disponibile una quota (pari all'80%) per una eventuale richiesta di trapianto. Nel caso in cui il cordone autologo sia effettivamente utilizzato a scopo di trapianto andrebbe previsto che la donatrice sia rimborsata integralmente dei costi sostenuti per la conservazione ad uso autologo.

Ai fine di garantire un principio di equità, è mia intenzione, far sì che la suddetta disciplina, a fronte del pagamento delle spese di conservazione per la parte riservata all'uso autologo, garantisca comunque fasce di esenzione per reddito.

Il mio auspicio, inoltre, è che il provvedimento legislativo richiamato dall'ordinanza, essendo già in discussione al Parlamento disegni di legge relativi alla conservazione del cordone, possa trovare un'attuazione rapida e di concerto tra Governo e Parlamento.

Grande importanza dovrà essere data all'informazione ai cittadini su questa opportunità di donazione, chiarendo le evidenze scientifiche sull'efficacia terapeutica dell'uso allogenico del cordone ma chiarendo altresì che ad oggi non sussistono pari evidenze per l'uso autologo. Da qui l'intenzione del Ministero della salute promuovere una campagna straordinaria di informazione e comunicazione, per orientare le donne a scelte veramente informate e consapevoli.

La decisione di preannunciare una disciplina normativa che consenta la conservazione dei cordoni ad uso autologo non è stata sollecitata dalla spinta mediatica, ma proprio per contrastare speculazioni commerciali basate su messaggi e promesse ingannevoli.

Inoltre, non è stato considerato possibile né legittimo reiterare un divieto per la conservazione ad uso autologo delle cellule cordonali, che avrebbe potuto essere percepito come una violazione di un diritto soggettivo e anche perché la comunità scientifica ritiene che non si possano comunque escludere futuri sviluppi della ricerca per un loro possibile uso.

Il Ministero della Salute ritiene infine che sia necessario incrementare il numero dei punti parto organizzati per raccogliere le donazioni (attualmente lo sono meno del 10%), garantendone una disponibilità il più possibile uniforme sul territorio nazionale. Per ottenere una copertura ottimale delle caratteristiche genetiche, infatti, il numero dei cordoni disponibili nelle banche per donazione altruistica (oggi circa 20.000) andrebbe triplicato. In modo analogo al registro dei donatori di midollo, potrebbe essere effettuata anche una programmazione annuale dei cordoni necessari. Importante infine anche la verifica della capacità del sistema di accogliere il prevedibile incremento di richieste. Per questo è necessario ispezionare le banche e concordare le modalità del progetto con le Regioni.

In conclusione:

La promozione della salute delle donne e dei bambini è obiettivo strategico di questo Ministero, che fin dall'inizio ha inteso promuoverlo come vero indicatore della qualità, dell'efficacia e dell'equità del sistema sanitario e, più in generale, del benessere della società nel suo complesso.

La promozione della salute delle donne e dei bambini, in questo senso, è un vero paradigma del livello di civiltà, democrazia e sviluppo di un Paese.

COMMISSIONE SALUTE DELLE DONNE

Discorso introduttivo del Ministro della Salute Livia Turco 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 Intersettoriale 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 intersettoriale 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 intersettoriale 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 intersettoriale, 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 contri-

buto 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 sottovalutati.

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 (+5%9), 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 occorrono 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 al-

- tri, 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 es-

sere 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 (che ora la dr.ssa Cossutta illustrerà), 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 parole.

Buon lavoro a tutte/tutti!

Livia Turco

8 giugno 2007

NORME PER LA TUTELA DEI DIRITTI DELLA PARTORIENTE, LA PROMOZIONE DEL PARTO FISIOLÓGICO E LA SALVAGUARDIA DELLA SALUTE DEL NEONATO.

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

L'esigenza di un disegno di legge che promuova la tutela dei diritti della partorientente, il parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato nasce dalla convinzione che la promozione della salute materno - infantile sia un obiettivo prioritario da perseguire a livello nazionale, in ragione dei riflessi positivi che è in grado di generare sulla qualità della vita della madre, del bambino e, di conseguenza, della popolazione complessiva.

Nel nostro Paese negli ultimi 40 anni si sono verificati rilevanti cambiamenti nella dinamica demografica, cambiamenti che richiedono al legislatore statale e regionale una rinnovata attenzione verso l'area della salute riproduttiva. Le indagini condotte a livello nazionale mostrano numerosi progressi rispetto al passato - il rischio di nati - mortalità si è quasi dimezzato rispetto ai valori dei primi anni '80, la più parte delle donne entra in contatto con un operatore sanitario nei tempi raccomandati e riceve assistenza prenatale, la totalità dei parti è assistita da un operatore sanitario, la percentuale di nati pre-termine e sottopeso è stabile intorno al 6% - ma esistono ancora nodi critici da affrontare per realizzare una piena tutela della salute materno - infantile.

La natalità è diminuita drasticamente, passando da circa un milione di nati nel 1960 a 569mila nel 2005, ed è aumentata l'età media delle donne alla nascita del primo figlio, da 25,2 anni nel 1981 a 28,1 nel 1997. Parimenti sono aumentate le gravidanze di donne di 35 anni e più: da 65mila (l'1,5% del totale) nel 1990 a 93mila (il 17,5% del totale) nel 1997. L'aumento di età delle donne alla nascita dei figli incide sul loro comportamento nel corso della gravidanza. Tra le donne che decidono di avere un figlio in una fase avanzata della vita si registra un più elevato livello di informazione e una maggiore capacità di autodeterminazione sulle scelte da compiere durante la gravidanza e al momento del parto. Nondimeno gli stessi fattori sono alla base di un'eccessiva medicalizzazione e di un sovrautilizzo delle prestazioni diagnostiche, che rischiano di trasformare gravidanza e parto da eventi naturali in eventi patologici. A questo proposito basti pensare che nel biennio 2004-2005 il numero medio di ecografie effettuate dalle donne in gravidanza è stato 5,5 e il 29% delle donne ha fatto 7 o più ecografie, mentre il protocollo del Ministero della Salute ne raccomanda 3. La percentuale di donne che nello stesso periodo ha svolto 7 o più visite è stata del 56,4%. Anche i parti effettuati mediante taglio cesareo sono in costante aumento: 11,2% nel 1980, 27,9% nel 1996, 29,9% nel biennio 1999-2000, 35,2% nel periodo 2004-2005 (con un picco del 45,4% nelle regioni meridionali). Quest'ultimo, oltre ad essere il dato più alto fra i Paesi dell'Unione europea, è di 2 volte superiore a quello raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1985 (pari al 15%) ed è in contrasto con le stime che indicano il rischio di mortalità materna per cesareo da 2 a 4 volte superiore rispetto al parto vaginale.

Nel contempo si registra ancora un limitato livello di diffusione delle informazioni necessarie alla donna per vivere con piena consapevolezza la gravidanza, il parto e il puerperio. È ormai acclarata l'importanza della preparazione al parto per la salute della donna e del bambino. La percentuale di donne che ha frequentato un corso pre-parto si aggira intorno al 30%, con forti differenze per area geografica (40% nell'Italia centrale e settentrionale e 12,7% e 14,9%, rispettivamente, nell'Italia

meridionale e nelle isole) e livello di istruzione (le donne laureate sono il 65,6%, quelle con la licenza media il 34,2% e quelle con la sola licenza elementare il 20,2%), ma colpisce che a livello nazionale le donne a maggior rischio di non frequentare i corsi siano quelle meno istruite, in fasce d'età estreme, che risiedono nelle regioni meridionali, le pluripare e le casalinghe.

Vi sono alcune differenze territoriali che non possono essere ignorate. Le regioni meridionali e insulari del Paese presentano dati peggiori di quelle centrali e settentrionali per quanto concerne il ricorso al parto cesareo e all'anestesia generale, il tasso di mortalità neonatale e infantile, il basso peso alla nascita, il ricorso all'allattamento al seno. Nelle stesse regioni per le donne vi sono più ridotte possibilità di frequentare corsi pre-parto e di scegliere le modalità del parto. Nel biennio 2004-2005 il 23,4% delle donne nell'Italia meridionale e il 21,8% nell'Italia insulare ha dichiarato di non aver partecipato a un corso di preparazione al parto perché non organizzato dalle strutture di riferimento o non accessibile. Il 45,9% delle donne nell'Italia meridionale e il 42,8% in quella insulare ha dichiarato di essere stata sola al momento del parto perché la struttura non permetteva la presenza di altre persone. Da ultimo è necessario ricordare che la popolazione residente in Italia cresce in buona misura grazie all'afflusso di nuovi immigrati. Il saldo naturale positivo dei cittadini stranieri già residenti in Italia compensa il saldo naturale negativo della popolazione di cittadinanza italiana, contribuendo così all'incremento della popolazione residente nel Paese: nel 2004 il saldo tra le nascite e i decessi della popolazione complessiva è stato positivo per 15.941 unità proprio grazie all'apporto dei nati stranieri. I cittadini stranieri residenti in Italia al 1 gennaio 2005 erano 2.402.157, di cui 1.175.445 donne (pari al 48,9%), per la maggior parte in età fertile.

Le indagini finora condotte sulla popolazione immigrata mostrano un maggiore tasso di nati - mortalità e di mortalità neonatale, un maggior numero di parti pretermine e di bambini a basso peso alla nascita. Emerge altresì una maggiore difficoltà per le donne straniere di accedere ai circuiti di informazione e ai servizi socio-sanitari.

Alla luce di questo quadro, e in coerenza con gli obiettivi fissati dal Progetto "obiettivo Materno Infantile (D.P.C.M. 24 aprile 2000) e con il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 (D.P.R. 7 aprile 2006), il presente disegno di legge si propone di promuovere una maggior tutela dei diritti della gestante e del neonato ed un'appropriata assistenza all'intero percorso - nascita da parte del Servizio sanitario nazionale nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza definiti dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, e successive integrazioni.

L'articolo 1 individua le finalità del disegno di legge, quale strumento normativo inteso a:

- a) promuovere un'appropriata assistenza alla nascita, tutelando i diritti e la libera scelta della gestante, in modo coerente con i modelli organizzativi delle Regioni;
- b) assicurare la tutela della salute materna, il benessere del nascituro e quello delle famiglie nell'esperienza della genitorialità;
- c) ridurre i fattori di rischio di malattia, pre e post - concezionali del nascituro attraverso appropriati interventi preventivi;
- d) potenziare l'attività dei consultori familiari, con l'attivazione di programmi specifici per la salute preconfezionale e riproduttiva, per la tutela della maternità e per la promozione dell'allattamento al seno;
- e) promuovere la più ampia conoscenza delle modalità di assistenza e delle pratiche socio - sanitarie raccomandata, con particolare riferimento ai corsi di accompagnamento alla nascita, anche al fine dell'apprendimento e dell'uso delle modalità per il controllo del dolore nel travaglio - parto, ivi comprese le tecniche che prevedono il ricorso ad anestesi locali e di tipo epidurale;

- f) rafforzare gli strumenti per la salvaguardia della salute materna e della salute del neonato; favorire il parto fisiologico e promuovere le modalità per l'appropriatezza degli interventi, al fine di ridurre l'incidenza dei tagli cesarei e aumentare la prevalenza dell'allattamento al seno, secondo le raccomandazioni dell'O.M.S. - UNICEF;
- g) promuovere un'assistenza ostetrica appropriata alla gravidanza a basso rischio, al parto fisiologico e al puerperio;
- h) assicurare la qualità dell'assistenza ostetrica e pediatrico/neonatologica nel periodo perinatale, da valutare con indicatori adeguati sull'impiego e sui risultati delle pratiche raccomandate in base alle prove scientifiche;
- i) contrastare le diseguità territoriali e sociali di accesso ai servizi per la tutela materno - infantile anche per la popolazione immigrata, anche attraverso l'adozione del modello basato sull'offerta attiva, migliorando la fruibilità dei servizi da parte della popolazione più svantaggiata e prevedendo l'attuazione di programmi di assistenza socio - sanitaria e di mediazione culturale per le donne immigrate;
- 1) promuovere l'offerta attiva di informazione e consulenza alle donne pre - gravidanza, alle gestanti ed alle puerpere, anche mediante i corsi di accompagnamento alla nascita, stimolando l'impegno in tal senso dei servizi consultoriali e ospedalieri, anche al fine di una consapevole scelta del tipo di assistenza, del luogo e delle modalità del parto;
- m) promuovere l'informazione, l'assistenza e la consulenza alle donne e alle famiglie per interventi efficaci nell'ambito del puerperio e della salute psico - fisica relazionale al post - partum;
- n) promuovere la continuità assistenziale per tutta la durata della gravidanza, nel periodo della nascita e dopo la nascita, garantendo l'integrazione tra territorio e strutture ospedaliere.

Per meglio perseguire in concreto tali finalità, l'articolo 2 prevede, nel comma 1, una specifica rimodulazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali a favore della gestante, della partoriente e del neonato, con le consolidate procedure di cui all'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, in tal senso individuando alcune specifiche priorità, quali, in particolare:

- l'aggiornamento e la verifica delle prestazioni inerenti all'assistenza preventiva per la salute preconcezionale e in gravidanza;
- il controllo e la gestione del dolore nel travaglio - parto - nel quadro di una maggiore e migliore umanizzazione dell'evento nascita - anche attraverso il ricorso a tecniche avanzate di anestesia locale e di tipo epidurale, in condizioni di appropriatezza e nell'ambito dei modelli organizzativi locali;
- l'allattamento materno precoce ed il "rooming - in";
- la dimissione precoce ed appropriata della partoriente e del neonato, nell'ambito di percorsi assistenziali specifici, che comprendano risposte multidisciplinari, rivolte sia alla madre sia al bambino, nell'ambito di percorsi assistenziali specifici;

la garanzia di un'adeguata rete di emergenza per il neonato e per la gestante favorendo, ove possibile, il trasferimento preventivo della gestante presso un centro appropriato.

Nel comma 2 dello stesso articolo, peraltro, si prevede che, per garantire la copertura dei maggiori oneri conseguenti all'applicazione delle disposizioni del comma 1, con le stesse procedure ivi previste per converso siano contestualmente rimodulati i livelli essenziali delle prestazioni assistenziali diverse da quelle nello stesso comma 1 considerate.

L'articolo 3, infine, prevede in particolare una specifica intesa con le Regioni, in coerenza con il "piano sanitario nazionale 2006 - 2008" adottato con decreto del Presi-

dente della Repubblica 7 aprile 2006, da stipularsi ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, espressamente diretta a promuovere in modo concertato le attività volte a realizzare le finalità della legge; e, coerentemente, si demanda alla medesima intesa, in sede di Conferenza permanente Stato - Regioni, il compito di definire in modo condiviso l'entità delle risorse poste nella disponibilità del Servizio sanitario nazionale e vincolate ex articolo 1, comma 34 della legge n. 662 del 1996 (legge finanziaria 1997) da destinare alle finalità in esame, tenendo conto degli interventi con esse già attivati.

Nello stesso tempo, il compito di definire le modalità di monitoraggio del testo legislativo è affidato allo speciale Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 9 dell'intesa tra Stato, Regioni e Province autonome del 23 marzo 2005, mentre sarà il Ministro della salute, nell'ambito della sua Relazione annuale riguardo allo stato di attuazione del Piano sanitario nazionale, a dover riferire al Parlamento sugli esiti di detta intesa agli specifici fini della legge, sulla base dei dati in materia rilevati a livello regionale.

E' peraltro doveroso precisare che uno specifico rilievo formulato nelle ultime ore dalla Ragioneria generale dello Stato del Ministero dell'economia e finanze - formalmente ostativo, ove non fosse accolto, all'ulteriore seguito del D.d.L. - ha reso indispensabile, nel comma 2 dell'articolo 3, il parziale ripristino del testo originario come preliminarmente approvato dal Consiglio dei Ministri, con il limite collegato all'1,3 per cento delle disponibilità complessive per il S.S.N. e vincolate ex art. 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, riguardo all'entità della quota di risorse da destinare alle finalità della legge.

Per tale situazione di forza maggiore diviene così impossibile recepire integralmente nel testo del D.d.L. la richiesta espressa dalle Regioni per l'art. 3. comma 2, che, pure, era stata già accolta nella seduta della Conferenza unificata del 5 ottobre scorso.

Relazione illustrativa finale allo sch. di DdL. sulla tut. dir. partor., promoz. parto fisiolog., etc., per CdM. - 18 ott. 2006

Art.1

(Finalità)

1. La presente legge persegue le seguenti finalità:

- a) promuovere un'appropriata assistenza alla nascita, tutelando i diritti e la libera scelta della gestante in coerenza con i modelli organizzativi delle Regioni;
- b) assicurare la tutela della salute materna, il benessere del nascituro e quello delle famiglie nell'esperienza della genitorialità;
- c) ridurre i fattori di rischio di malattia pre e post concezionali del nascituro attraverso specifici interventi preventivi;
- d) potenziare l'attività dei consultori familiari con l'attivazione di programmi specifici per la salute preconcezionale e riproduttiva, per la tutela della maternità e per la promozione dell'allattamento al seno;
- e) promuovere la più ampia conoscenza delle modalità di assistenza e delle pratiche socio-sanitarie raccomandate, con particolare riferimento ai corsi di accompagnamento alla nascita, anche al fine dell'apprendimento e dell'uso delle modalità, farmacologiche e non, per il controllo del dolore nel travaglio-parto, ivi comprese le tecniche che prevedono il ricorso ad anestesie locali e di tipo epidurale;
- f) favorire il parto fisiologico e promuovere le modalità per l'appropriatezza degli interventi al fine di ridurre la percentuale dei tagli cesarei e aumentare la

- prevalenza dell'allattamento al seno, secondo le raccomandazioni dell'OMS-UNICEF;
- g) rafforzare gli strumenti per la salvaguardia della salute materna e della salute del neonato;
 - h) promuovere una assistenza ostetrica appropriata alla gravidanza a basso rischio, al parto fisiologico e al puerperio;
 - i) assicurare la qualità dell'assistenza ostetrica e pediatrico-neonatologica nel periodo perinatale da valutare con indicatori adeguati sull'impiego e sui risultati delle pratiche raccomandate sulla base delle prove scientifiche;
 - 1) contrastare le diseguità territoriali e sociali di accesso ai servizi per la tutela materno-infantile, anche mediante l'adozione del modello operativo basato sull'offerta attiva e migliorando la fruibilità dei servizi da parte della popolazione più svantaggiata e prevedendo l'attuazione di programmi di assistenza socio-sanitaria e di mediazione culturale per le donne immigrate, favorendone l'integrazione;
 - m) promuovere l'informazione e la consulenza alle donne che decidono di avere una gravidanza, alle gestanti, anche mediante i corsi di accompagnamento alla nascita e stimolando l'impegno in tal senso dei servizi territoriali ed ospedalieri anche al fine di una consapevole scelta del tipo di assistenza, del luogo e delle modalità del parto;
 - n) promuovere l'informazione, l'assistenza e la consulenza alle donne e alle famiglie per gli interventi efficaci nell'ambito del puerperio e della salute psico-fisica relazionale al post-partum;
 - o) promuovere la continuità assistenziale per tutta la durata della gravidanza, nel periodo della nascita e dopo la nascita, garantendo l'integrazione tra territorio e strutture ospedaliere.

Art. 2

(Livelli essenziali delle prestazioni assistenziali in favore della gestante, della partoriente e del neonato)

1. Con le procedure previste dall'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289 si provvede alla rimodulazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali in favore della gestante, della partoriente e del neonato, tenendo presenti le seguenti priorità:

- a) aggiornamento e verifica delle prestazioni previste per l'assistenza preventiva per la salute preconcezionale e in gravidanza;
- b) nel quadro di una maggiore e migliore umanizzazione dell'evento nascita, il controllo e la gestione del dolore nel travaglio-parto, anche mediante ricorso a tecniche avanzate di anestesia locale e di tipo epidurale, in condizioni di appropriatezza e nell'ambito dei modelli organizzativi locali;
- c) l'allattamento materno precoce e il rooming-in;
- d) la dimissione precoce e appropriata della partoriente e del neonato nell'ambito di percorsi assistenziali specifici che comprendano risposte multidisciplinari, rivolte sia alla madre che al bambino nell'ambito dell'integrazione ospedale territorio;
- e) garantire una adeguata rete di emergenza per il neonato e per la gestante favorendo, ove possibile, il preventivo trasferimento della gestante presso un centro appropriato.

2. Con le medesime procedure indicate al comma 1, sono contestualmente rimodulati i livelli essenziali delle prestazioni assistenziali diverse da quelle di cui al comma 1, al fine di garantire la copertura dei maggiori oneri derivanti da quanto disposto al medesimo comma 1.

Art. 3

(Integrazione al Piano sanitario nazionale 2006-2008)

1. Su proposta del Ministro della salute, il Governo e le Regioni, in coerenza con il Piano sanitario nazionale 2006 - 2008, adottato con decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006, pubblicato nella Gazzetta ufficiale - Supplemento ordinario n. 149 del 17 giugno 2006,

stipulano, a integrazione del Piano sanitario nazionale, una intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, finalizzata alla promozione delle attività volte a realizzare le finalità di cui alla presente legge.

2. Con la medesima intesa di cui al comma 1 le Regioni convengono l'entità delle risorse poste in disponibilità per il Servizio sanitario nazionale e vincolate ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, da destinare per le finalità della presente legge, tenuto conto degli interventi già attivati con tali risorse.

3. Il comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 9 dell'intesa tra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 23 marzo 2005, individua le modalità di monitoraggio della presente legge.

4. Nell'ambito della relazione annuale al Parlamento sullo stato di attuazione del Piano sanitario nazionale il Ministro della salute riferisce sui risultati conseguiti dalla intesa di cui al comma 1, tenendo conto dei dati rilevati a livello regionale.

5. Dalle disposizioni della presente legge non derivano ulteriori oneri per la finanza pubblica.

Testo delle documento «Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno» pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 7 febbraio 2008

LINEE DI INDIRIZZOI NAZIONALI SULLA PROTEZIONE, LA PROMOZIONE ED IL SOSTEGNO DELL'ALLATTAMENTO AL SENO

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 20 dicembre 2007:

Visti gli articoli 2, comma 1, lettera b) e 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 [1], che attribuiscono a questa Conferenza la facoltà di promuovere e sancire accordi tra il Governo e le regioni e le province autonome, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

Vista la lettera in data 12 febbraio 2007, con la quale il Ministero della salute ha inviato, ai fini del perfezionamento dell'accordo, un documento concernente «Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno»;

Considerato che, in esito alla riunione tecnica svoltasi il 27 marzo 2007, il Ministero della salute, con nota in data 5 giugno 2007, ha trasmesso una nuova stesura della proposta di accordo che tiene conto delle osservazioni formulate dalle regioni e province autonome nella predetta riunione;

Vista la nota in data 11 luglio 2007, con la quale la regione Toscana, Coordinatrice interregionale in sanità, ha comunicato il proprio assenso tecnico subordinatamente all'accoglimento di una ulteriore proposta emendativa;

Vista la definitiva stesura della proposta di accordo di cui trattasi, pervenuta dal Ministero della salute con nota del 21 novembre 2007, che recepisce la predetta ulteriore richiesta emendativa formulata dalle regioni e province autonome;

Vista la lettera in data 21 novembre 2007, con la quale il Ministero dell'economia e delle finanze ha espresso, sulla menzionata definitiva stesura dello schema di accordo, il proprio assenso;

Vista la nota in data 27 novembre 2007, con la quale la regione Toscana, Coordinatrice interregionale in sanità, ha espresso avviso tecnico favorevole;

Acquisito, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo e dei presidenti delle regioni e delle province autonome;

Sancisce accordo

tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nei termini di seguito riportati:

il Ministero della salute riconosce che l'allattamento al seno costituisce il modo di alimentazione naturale e normale nella prima infanzia. Il latte materno fornisce tutti i nutrienti di cui il lattante ha bisogno nei primi sei mesi di vita. In seguito, con un'adeguata alimentazione complementare, il latte materno dà un importante contributo alla nutrizione, alla salute ed allo sviluppo del bambino. Il latte materno, dato al seno oppure come latte di banca donato da madre o da donatrice, è anche, laddove non controindicato, l'alimento più adeguato ai fabbisogni nutrizionali dei neonati prematuri e ricoverati;

il Ministero sottolinea altresì che l'allattamento al seno costituisce un beneficio per la salute della donna. Gli effetti positivi sulla salute del bambino e della madre, perdurando, fanno della protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno uno degli interventi di salute pubblica più rilevanti in termini di efficacia e di rapporto costo/beneficio;

il Ministero della salute, in conformità con le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS), raccomanda perciò, come misura di salute pubblica, che i bambini siano allattati esclusivamente al seno fino a sei mesi e che l'allattamento al

seno continui poi, con adeguati alimenti complementari fino a che la madre ed il bambino lo desiderino, anche dopo l'anno di vita;

il Ministero della salute riconosce che l'allattamento al seno è un diritto fondamentale dei bambini e che è un diritto delle mamme essere sostenute nella realizzazione del loro desiderio di allattare nel rispetto delle diverse culture e nell'impegno a colmare ogni tipo di disuguaglianze. A parte rari e specifici casi in cui l'allattamento al seno è impossibile o controindicato, le donne che, dopo aver ricevuto un'informazione completa, corretta ed indipendente da interessi commerciali sull'alimentazione della prima infanzia, decidano di alimentare artificialmente i loro figli, devono essere rispettate per questa loro decisione e devono ricevere tutto il sostegno necessario a metterla in pratica nel miglior modo possibile. È compito degli operatori sanitari e sociali fornire alle donne informazioni corrette sui benefici e sulla pratica dell'allattamento al seno, in modo che le stesse possano prendere decisioni informate. Per garantire la massima indipendenza, queste informazioni non possono essere fornite da entità che abbiano interessi commerciali nella produzione, distribuzione e vendita di alimenti per l'infanzia e di strumenti per la loro somministrazione;

il Ministero della salute si impegna a sostenere attività delle regioni per la formazione degli operatori sanitari e sociali, secondo le raccomandazioni dell'OMS e dell'UNICEF, perché siano in grado di fornire le informazioni di cui sopra e di sostenere le donne, in maniera competente, a mettere in pratica le decisioni prese. Si impegna altresì a promuovere iniziative al fine di creare ambienti e condizioni favorevoli alla pratica dell'allattamento al seno. A questo scopo il Ministero della salute, in accordo con la Conferenza Stato-regioni e province autonome, raccomanda che:

1) gli operatori sanitari e sociali che hanno contatti con madri e future madri e/o che lavorano nell'ambito dell'alimentazione nella prima infanzia orientino le proprie pratiche a queste linee di indirizzo nazionali ed alle raccomandazioni che, sulla base delle stesse, saranno sviluppate dalle regioni, dalle aziende sanitarie, dalle società scientifiche di settore e dalle associazioni professionali;

2) tutte le madri e future madri ricevano informazioni corrette, complete, comprensibili ed indipendenti da interessi commerciali sui benefici e sulla pratica dell'allattamento al seno, sugli svantaggi legati al fatto di non allattare al seno e sull'uso corretto dei latti formulati per l'infanzia, qualora sia impossibile la pratica dell'allattamento al seno. Opuscoli informativi devono essere disponibili e commentati in particolare nei corsi di preparazione alla nascita e nei punti nascita.

3) le madri, al momento del parto, siano aiutate nello stabilire un contatto pelle a pelle immediato e prolungato con il neonato per favorire la prima poppata e l'inizio dell'allattamento al seno. Gli operatori sanitari incorraggino e sostengano questa pratica adattando, di conseguenza, le loro pratiche di assistenza al parto. Per favorire il processo di attaccamento madre-bambino, il contatto pelle-pelle immediato e prolungato deve essere proposto anche per le madri che non allattano al seno;

4) le madri che allattano al seno ricevano, subito dopo il parto, aiuto pratico per attaccare correttamente il neonato al seno ed iniziare l'allattamento secondo le raccomandazioni dell'OMS e dell'UNICEF, assicurando la pratica del rooming-in, e quindi dell'allattamento a richiesta, e dell'apprendimento delle modalità di spremitura del latte in caso di necessità, evitando l'uso di succhiotti e tettarelle. La pratica del rooming-in deve essere facilitata anche per le donne che non allattano al seno.

5) soluzioni glucosate e latti formulati siano somministrati solo su precisa e motivata prescrizione scritta del pediatra o del neonatologo del punto nascita. Nella lettera di dimissione sia prescritto o consigliato un latte formulato solo per quelle madri che non allattano al seno;

6) operatori competenti del punto nascita e dei servizi consultoriali, ginecologi e pediatri di libera scelta formati, gruppi di aiuto mamma a mamma siano a disposizione di tutte le mamme in particolare nei primi mesi di vita del neonato, cruciali per

l'assestamento dell'allattamento al seno perché in tale periodo, e soprattutto nella prima settimana, possono insorgere difficoltà nella pratica dell'allattamento. Un adeguato sostegno per favorire la relazione madre bambino e più in generale la piena espressione delle capacità genitoriali deve comunque essere offerto a tutte le mamme, anche a quelle che non allattano al seno. Gli operatori sanitari e sociali del settore, ospedalieri e territoriali, compresi i pediatri di libera scelta ed i medici di medicina generale dovranno essere formati e aggiornati con appositi corsi ECM dedicati all'argomento, con numero di ore adeguato agli standard internazionali.

7) Le madri siano sostenute nell'allattamento al seno esclusivo nei primi sei mesi, eccetto scelte in altro senso per prescrizione medica o decisione informata della madre. Nel caso di forzata separazione dal bambino (per esempio per ragioni di lavoro), la madre sia aiutata a mantenere la produzione di latte mediante spremitura manuale o meccanica e sia istruita sulla corretta conservazione del latte raccolto. Devono essere fornite tutte le informazioni sulle disposizioni di legge che consentono la presenza a casa della madre e del padre nei primi anni di vita;

8) dopo i primi sei mesi, le madri siano incoraggiate e sostenute a continuare ad allattare fino a quando lo desiderino, anche oltre l'anno di vita. Alimenti complementari adeguati e sicuri siano introdotti quando il bambino dimostri interesse per gli stessi, ordinariamente dopo i primi sei mesi. Gli operatori, in particolare, si impegnino affinché le madri e future madri ricevano informazioni e consigli in accordo con le linee di indirizzo nazionali; inoltre, nelle strutture del sistema sanitario nazionale, comprese quelle in convenzione, non siano usate informazioni e consigli forniti da produttori e distributori di alimenti per la prima infanzia e di biberon e tettarelle. Questi alimenti devono recare indicazioni precise e chiare circa l'epoca in cui possono essere usati: «dopo il sesto mese di vita»;

9) i servizi sanitari e sociali, con i loro operatori, ed i produttori e distributori di sostituti del latte materno, di biberon e di tettarelle, rispettino pienamente lo spirito e la lettera del Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno e le successive Risoluzioni rilevanti dell'Assemblea Mondiale della salute, sottoscritte dall'Italia.

Il Ministero della salute raccomanda di prestare molta attenzione perché le attività di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno siano offerte attivamente a tutte le donne, evitando che persistano o peggiorino eventuali disuguaglianze soprattutto nei settori di maggiore svantaggio sociale.

Al riguardo, il Ministero della salute:

si impegna a promuovere, mediante apposite iniziative di comunicazione, l'allattamento al seno, anche al fine di evitare forme di discriminazione nei confronti della donna che allatta, soprattutto nei luoghi pubblici. Auspica che i mezzi di comunicazione di massa rappresentino l'allattamento al seno come il modo naturale e normale per l'alimentazione nella prima infanzia;

in accordo con il Ministero dell'università e della ricerca, promuoverà l'adeguamento della formazione curriculare per tutte le professioni pertinenti;

in accordo con il Ministero della pubblica istruzione promuoverà inoltre la diffusione di informazioni sull'allattamento al seno. Il Ministero della pubblica istruzione provvederà a sensibilizzare i dirigenti scolastici, il personale docente, amministrativo, tecnico ed ausiliario della scuola, in special modo evidenziando l'argomento nelle periodiche linee di indirizzo per l'attività di formazione del personale in servizio. Inoltre il Ministero della salute e il Ministero della pubblica istruzione promuoveranno la diffusione di informazioni sull'allattamento al seno nelle scuole di ogni ordine e grado con programmi appropriati e adeguati all'età.

Il Ministero della salute, in accordo con il Ministero del lavoro e previdenza sociale, con il Dipartimento delle politiche per la famiglia della Presidenza del Consiglio dei Ministri, sentite le organizzazioni sindacali e quelle dei datori di lavoro, si impegna

a verificare le misure necessarie a far sì che le madri lavoratrici possano allattare fino a quando lo desiderino, anche oltre l'anno di vita, nel rispetto della disciplina normativa e contrattuale vigente in materia;

impegna le altre istituzioni della pubblica amministrazione a garantire, per le lavoratrici madri, tempi e modalità di lavoro idonei all'allattamento al seno, nel rispetto della disciplina normativa e contrattuale vigente in materia;

in collaborazione con il Ministero per lo sviluppo economico, il Ministero per le politiche agricole alimentari e forestali e il Ministero per l'ambiente e tutela del territorio, metterà in atto tutte le misure necessarie a proteggere il latte materno dalla possibile contaminazione, attraverso la catena alimentare, con residui chimici ambientali e tossine.

Allo scopo di raggiungere gli obiettivi previsti da queste linee di indirizzo nazionali, il Ministero della salute invita le regioni e le province autonome, in collaborazione con le aziende sanitarie, le società scientifiche di settore, le associazioni professionali e le associazioni per la protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno, a sviluppare percorsi formativi sulla base delle raccomandazioni dell'OMS e dell'UNICEF, adattate alle specifiche situazioni ed eventualmente considerando la distribuzione delle risorse disponibili, nonchè a fissare un sistema di indicatori sui seguenti punti:

- adozione di protocolli scritti sull'allattamento al seno secondo il modello OMS/UNICEF;
- percentuale di ospedali riconosciuti «Ospedali Amici dei Bambini» OMS/UNICEF;
- percentuale di bambini allattati al seno in modo esclusivo a) alla dimissione dal reparto, b) a 3 mesi, c) a 6 mesi;
- percentuale di bambini allattati al seno in modo complementare ad un anno di età;
- percentuale di operatori sanitari e sociali con formazione di base adeguata;
- percentuale di operatori con formazione specialistica per il sostegno dell'allattamento al seno;
- adozione di un sistema di raccolta dati standardizzato sull'allattamento al seno, in base alle indicazioni che saranno fornite a livello nazionale.

Per il monitoraggio e la verifica delle azioni intraprese per la promozione dell'allattamento al seno è opportuno utilizzare il flusso informativo CeDAP (Certificato di assistenza al parto), nonché altri strumenti di rilevamento omogenei e condivisi che con l'introduzione di alcune specifiche variabili consentano di avere informazioni standardizzate su tutto il territorio nazionale relativamente alla tipologia di allattamento nelle prime ore dopo il parto e alla partecipazione della donna ai corsi di accompagnamento alla nascita.

Il Ministero della salute provvederà, senza oneri aggiuntivi per la finanza pubblica, ad istituire un comitato nazionale multisettoriale con funzioni di proposta e orientamento allo scopo di facilitare il buon funzionamento di una rete nazionale di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno. Ai componenti del comitato non spettano compensi o rimborso spese a qualsiasi titolo dovuti. Questa rete nazionale dovrà collaborare nello sviluppo, nella realizzazione e nella valutazione di piani nazionali e regionali integrati con le restanti attività del settore materno infantile. La rete dovrà inoltre elaborare un sistema standardizzato di raccolta di dati sulla prevalenza e la durata dell'allattamento al seno, in modo da verificarne i progressi.

Le amministrazioni sopra citate provvederanno all'attuazione di quanto previsto nei limiti delle risorse umane, finanziarie e strumentali a legislazione vigente e senza oneri aggiuntivi per la finanza pubblica.

Il Presidente: Lanzillotta

Il segretario: Busia

**Prevenzione primaria di difetti congeniti mediante acido folico:
valutazione rischio-beneficio,
sorveglianza degli esiti,
formazione e comunicazione.**

ACIDO FOLICO

Piano Operativo

Responsabile scientifico:
Domenica Taruscio
*Responsabile del Centro Nazionale Malattie Rare
Istituto Superiore di Sanità*

Presentato da:
Enrico Garaci
Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità

ROMA, 28 FEBBRAIO 2007

Indice

A. Identificazione e quantificazione del problema

- A.1. I difetti congeniti
- A.2. Difetti del tubo neurale
- A.3. L'acido folico e la prevenzione
- A.4. L'acido folico nella prevenzione dei DTN e di altri difetti congeniti

B. Azioni per promuovere un adeguato apporto di folati

- B 1. Le possibili strategie
 - B.1.1. L'educazione alimentare
 - B.1.2. La fortificazione degli alimenti
 - B.1.3. La supplementazione
- B.2. Situazione internazionale
- B.3. Situazione italiana

C. Obiettivi

- C.1. Obiettivo generale
- C.2. Obiettivi specifici
 - C.2.1. Educazione alimentare
 - C.2.2. Miglioramento della prassi di supplementazione
 - C.2.3. Valutazione rischio-beneficio di possibili scenari di assunzione
 - C.2.4. Sorveglianza e valutazione degli esiti

D. Attività, target e strutture coinvolte

E. Metodologia ed azioni

- E.1. Educazione alimentare
 - E.2. Miglioramento della prassi di supplementazione
- ### **F. Valutazione rischio beneficio di possibili scenari di assunzione**

G. Sorveglianza e valutazione degli esiti

H. Indicatori di processo

I. Indicatori di risultato

L. Indicatori di impatto

M. Organizzazione del piano operativo

N. Cronogramma

O. Piano finanziario Generale

O.1. Piano finanziario U.O. 1. Centro Nazionale Malattie Rare (CNMR) del Dipartimento di Biologia Cellulare e Neuroscienze dell'ISS (responsabile dott.ssa Domenica Taruscio).

O.2. Piano finanziario U.O. 2. Valutazione rischio-beneficio. Dipartimento Sanità Alimentare e Animale. ISS (Dott. Alberto Mantovani).

O.3. Piano finanziario U.O.3 Sorveglianza e valutazione degli esiti Registri malformazioni Congeniti Centro Nazionale delle Ricerche. Pisa. (Dott. Fabrizio Bianchi).

P. Bibliografia consultata

A. Identificazione e quantificazione del problema

A.1. I difetti congeniti

Nel mondo industrializzato i difetti congeniti nel loro complesso rappresentano una delle principali cause di morbidità e mortalità neonatale, nonché un fattore alla base di una quota importante di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) (1).

In Italia, grazie ai dati della rete dei Registri regionali delle malformazioni congenite, si può stimare in maniera affidabile che queste patologie (rare, se prese singolarmente) abbiano un'incidenza complessiva (nati più IVG) del 3% (2). Tale dato riflette solo parzialmente il rilievo socio-sanitario dei difetti congeniti: l'impatto sulla qualità della vita per i soggetti e le famiglie, gli esiti spesso invalidanti e la necessità, in molti casi, di trattamenti chirurgici fanno sì che i difetti congeniti rappresentino una quota, ancora da valutare ma certo tutt'altro che indifferente, dei costi in campo socio-sanitario.

In questo ambito l'importanza della prevenzione primaria risulta evidente.

Infatti, secondo consolidate evidenze scientifiche, i due terzi (65-70%) dei difetti congeniti non sono associati a fattori ben identificabili (sindromi genetiche, farmaci, agenti ambientali), ma hanno una complessa eziopatogenesi multifattoriale. Pertanto, fattori di rischio suscettibili di essere modificati con opportuni approcci e/o comportamenti possono rappresentare "anelli deboli della catena eziopatogenetica"; di conseguenza, interventi di prevenzione primaria mirati su tali fattori potrebbero portare ad una significativa riduzione del rischio con un contenimento dell'impiego di risorse.

A.2 Difetti del tubo neurale

I difetti del tubo neurale (DTN) comprendono anencefalia, spinabifida ed encefalocele. Si tratta di malformazioni del sistema nervoso centrale che insorgono nella prima organogenesi (entro il primo mese di gravidanza) e che possono portare ad esiti di estrema gravità: dalla mortalità neonatale, che è del 100% nel caso dell'anencefalia, ad invalidità neuromotorie di diversa entità, ma spesso serie e permanenti come nei casi della spina bifida e dell'encefalocele (3). Quando i DTN vengono identificati dalla diagnosi prenatale, per una grande parte dei feti affetti viene richiesta la IVG: pertanto i dati epidemiologici sull'andamento dei DTN debbono considerare sia le nascite sia le IVG. Inoltre, i DTN, soprattutto l'anencefalia, sono associati con un'elevata letalità embrionale: tuttavia questo aspetto non è al momento quantificabile per la difficoltà di ottenere validi dati epidemiologici sul fenomeno della abortività precoce.

Dai dati rilevati dai registri regionali dei difetti congeniti è possibile stimare una incidenza feto-infantile complessiva dei DTN di circa 6/10.000 nati+IVG. L'Italia ha un'incidenza di DTN minore di quella di diverse altre aree geografiche, quali l'Irlanda, Caucaso, Turchia, Ucraina e Cina settentrionale (2,4).

Una frazione dei DTN variamente calcolata, ma non superiore al 30%, è associata a sindromi malformative, sia genetiche sia di origine chimica (ad esempio, per esposizione al farmaco antiepilettico acido valproico). La gran parte dei DTN, in particolare la frazione maggioritaria rappresentata dai DTN non sindromici, riconoscono invece un'eziopatogenesi multifattoriale. La predisposizione genetico-familiare è sicuramente importante come dimostrato dal rischio di ricorrenza che è 10-20 volte superiore all'incidenza. Tuttavia, consolidate evidenze scientifiche mostrano inequivocabilmente come l'assunzione di adeguati livelli di vitamina B9, o acido folico, sia in grado di ridurre il rischio dei DTN (5,6,7,8).

A.3. L'acido folico e la prevenzione

Folati è il termine che definisce i composti presenti negli alimenti con attività vitaminica analoga all'acido folico (AF). L'AF rappresenta la forma più stabile e più biodisponibile (100% vs. 50% per gli altri folati): si trova raramente negli alimenti come tale, mentre è il composto di sintesi utilizzato più frequentemente negli integratori alimentari. I folati sono essenziali per la biosintesi degli acidi nucleici, pertanto i tessuti in rapida proliferazione, come i tessuti embrionali, presentano fabbisogni maggiori.

Gli alimenti più ricchi di AF sono i vegetali a foglie verdi (ad es., spinaci), ortaggi (ad es., fagiolini, asparagi), gli agrumi, frutta secca (ad es., nocciole): un certo apporto lo danno anche alcuni alimenti di origine animale, quali latte e latticini ed il fegato.

Secondo evidenze consolidate ed in accordo con le raccomandazioni dell'Istituto Nazionale di Ricerca sugli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) il fabbisogno giornaliero di AF per gli individui sani è di 0,2 mg; durante la gravidanza il fabbisogno giornaliero raddoppia (0,4 mg), dovendo coprire anche le esigenze dello sviluppo intrauterino.

L'assunzione di folati nella popolazione può essere valutata, oltre che mediante indagini sulle abitudini alimentari, mediante biomarcatori, in particolare: livello eritrocitario di folati (indicatore a lungo termine), livello plasmatico di folati (indicatore a breve termine, importante nella fase critica periconcezionale) e livello plasmatico di omocisteina (inversamente correlato all'apporto di folati).

Secondo i dati forniti dall'INRAN, la situazione italiana non mostra sostanziali differenze rispetto ad altri Paesi centroeuropei. Pur con grandi variazioni interindividuali, la dieta media garantisce un adeguato apporto di folati all'individuo medio; per contro, i livelli raccomandati per la gravidanza non vengono raggiunti in una consistente quota di popolazione di donne in età fertile. Ciò, tra l'altro, suggerisce come la conclamata "dieta mediterranea", ricca di verdura e frutta, in realtà non venga adottata da gran parte della popolazione (9).

Va sottolineato come l'apporto di folati non possa essere aumentato indiscriminatamente. La comunità scientifica ha segnalato due ordini di preoccupazioni: a) il "mascheramento" dell'anemia indotta da carenza di vitamina B12 (un problema significativo nella popolazione anziana) che potrebbe portare alla mancata prevenzione degli effetti neurologici cronici ed invalidanti indotti dalla carenza della stessa vitamina; b) più recentemente è emerso come un elevato livello di assunzione possa contribuire all'evoluzione maligna di preneoplasie e neoplasie benigne e/o interferire con trattamenti antitumorali (10,11,12,13). Pertanto, in attesa di un eventuale parere più aggiornato dell'Authority Europea per la Sicurezza Alimentare, è necessario che le azioni volte ad incrementare l'assunzione di folati da parte della popolazione tengano conto del limite massimo tollerabile di assunzione di 1 mg/giorno per l'adulto definito nel 2000 dal Comitato Scientifico per l'Alimentazione dell'Unione Europea (14).

A.4 L'acido folico nella prevenzione dei DTN e di altri difetti congeniti

Evidenze scientifiche incontrovertibili indicano che un adeguato apporto di AF riduce significativamente il rischio di DTN. L'impatto dell'azione è variabile, con una riduzione dell'incidenza che oscilla da -35% a -70%.

La variazione dell'effetto preventivo è associata a due ordini di fattori: a) l'impatto è maggiore nelle popolazioni con maggiore incidenza di DTN; b) le diverse popolazioni presentano differenti frequenze di altri fattori che aumentano il fabbisogno e/o interferiscono con l'azione dell'AF e che comprendono polimorfismi genetici (ad es., metil-tetraidrofolato-reduttasi), forme di malassorbimento (ad es., celiachia), trattamento con alcuni tipi di farmaci (ad es., anticonvulsivanti, trimetoprim), stili di vita (ad es., fumo di sigaretta, elevato consumo di alcol), xenobiotici (ad es., arsenico).

Un numero crescente di dati epidemiologici mostrano che un adeguato apporto di folati può ridurre l'incidenza di altri difetti congeniti, più prevalenti dei DTN, quali le cardiopatie, la schisi oro-facciali, i difetti di riduzione degli arti ed i difetti renali.

Complessivamente, secondo i dati dei registri regionali, queste malformazioni hanno una incidenza feto-infantile di 80-90 casi/10.000 nati + IVG. L'effetto preventivo dei folati sulle malformazioni diverse dai DTN è meno consolidato e comunque sicuramente di misura minore. Tuttavia, sulla base di dati rilevati dalla letteratura, si può stimare che sia ottenibile una riduzione dell'incidenza del 10-25% di tali difetti congeniti.

Per ciò che riguarda i DTN, assumendo cautelativamente i limiti inferiori di riduzione dell'incidenza desunti dalla letteratura (-35%), sulla base dell'incidenza di circa 6 casi/10.000 nati+IVG, si può stimare che una azione di prevenzione primaria a livello nazionale sia in grado di prevenire circa 120 casi/anno (15).

Mentre per gli altri difetti congeniti, considerando una riduzione del 10% e un'incidenza feto-infantile complessiva di 80 casi/10.000 nati + IVG si stima siano potenzialmente prevenibili circa 400 casi/anno.

B. Azioni per promuovere un adeguato apporto di folati

B.1. Le possibili strategie

Le strategie comprendono:

- la promozione di un'alimentazione equilibrata e ricca di alimenti ad alto contenuto di folati (frutta e verdura);
- la supplementazione, che prevede un apporto di acido folico indirizzata alle donne nel periodo periconcezionale (1 mese prima - 3 mesi dopo il concepimento).
- la fortificazione degli alimenti che, a sua volta, può essere intesa come fortificazione obbligatoria o promozione della disponibilità di alimenti fortificati (fortificazione facoltativa);

Le diverse strategie presentano rischi e benefici che devono essere valutati nello specifico contesto sociosanitario nazionale.

B.1.1. L'educazione alimentare è un importante strumento di sanità pubblica, che favorisce la presa di coscienza dei cittadini sulla propria salute e che può portare vantaggi complessivi per la salute (aumento dell'assunzione di fibre e vitamine); essi sono, tuttavia, essenzialmente a lungo termine. Un'alimentazione ricca di folati può fornire un apporto di 0,2-0,4 mg/die; è richiesto un impegno, anche economico, da parte delle persone che intendono modificare la propria dieta.

B.1.2. Nella fortificazione degli alimenti: una piccola quantità di acido folico viene addizionata ad un ingrediente basilare dell'alimentazione comune (in genere la farina di grano) determinando così un generale aumento dell'assunzione. L'obiettivo

dei programmi di fortificazione è quello di fornire un apporto modesto ma generalizzato di acido folico a tutta la popolazione. Nei Paesi (tutti non appartenenti alla UE) che adottano la fortificazione obbligatoria, le concentrazioni aggiunte agli alimenti mirano ad un incremento dell'assunzione di 0,1-0,2 mg/giorno. Anche per compatibilità costo-beneficio, il costo dei programmi di fortificazione è limitato; tuttavia, va considerato con attenzione il rischio di un incremento generalizzato dell'assunzione anche in quei soggetti o gruppi che potrebbero essere più vulnerabili a possibili effetti avversi associati ad un eccesso di folati. Tale rischio è naturalmente molto minore nella fortificazione facoltativa; questa, tuttavia, richiede l'impegno dell'industria alimentare a produrre e commercializzare alimenti fortificati. In ogni caso, la prassi di fortificazione richiede l'attivazione di un sistema pubblico di sorveglianza.

B.1.3. La supplementazione consente di raggiungere livelli di folatemia efficaci con costi molto modesti. Richiede un impegno per l'informazione delle donne e la formazione degli operatori sanitari, e può funzionare in maniera ottimale se inserita in un percorso di promozione della gravidanza sana. Tuttavia, la supplementazione nel periodo efficace per la prevenzione dei DTN non può essere applicata alle gravidanze non programmate; inoltre, rischia di essere poco efficace nelle fasce di popolazione meno informate. Per contro, può essere lo strumento ideale di prevenzione per le gravidanze a rischio di ricorrenza di DTN o con aumentati fabbisogni di AF, ad esempio, per problemi metabolici o di assunzione di farmaci.

Pertanto, le diverse strategie vanno considerate complementari e non alternative: esse vanno integrate ed armonizzate in un'azione comune per la prevenzione.

B.2. Situazione internazionale

In numerosi Paesi europei sono in atto campagne informative per la supplementazione con AF rivolte alle donne in età fertile. Questa azione è stata la prima ad essere intrapresa in Europa sull'AF ed è stata sostenuta sin dall'inizio dalla rete dei registri delle malformazioni congenite EUROCAT. Sono stati ottenuti risultati importanti sull'incremento di donne che utilizzano la vitamina nel periodo periconcezionale in Paesi diversi come l'Ungheria e l'Olanda: in quest'ultimo, le campagne in Paesi informative hanno portato a percentuali di utilizzo di AF intorno al 50%; Tuttavia, nonostante questi successi, non si è osservato l'atteso decremento di casi di DTN, anche per la difficoltà a raggiungere fasce meno informate di popolazione (16). La fortificazione obbligatoria è adottata da alcuni anni in Paesi extraeuropei (Canada, Cile, Irlanda, Israele, Sud Africa, USA). A livello UE non è attualmente proponibile una forma passiva di prevenzione come la fortificazione obbligatoria, sia per l'esigenza dei cittadini europei di conoscere ed avere libera scelta circa le integrazioni apportate ai propri alimenti, sia per i dubbi circa i possibili effetti avversi di un incremento generalizzato dell'assunzione di folati. La fortificazione obbligatoria viene attualmente considerata solo in Irlanda, ove vi è bassa folatemia nella popolazione generale ed una elevata incidenza di DTN nonché una forte preoccupazione per tale problema. Va osservato che, comunque, viene considerato indispensabile lasciare una nicchia di prodotti non fortificati.

La fortificazione facoltativa è prassi importante in altri Paesi della UE, come il Regno Unito, ove il mercato alimentare permette una vasta scelta di prodotti etichettati come "fortificati con acido folico". Pertanto, in Europa la scelta attuabile è la promozione dell'incremento dell'assunzione di acido folico, attraverso sia la supplementazione sia la disponibilità e l'uso di alimenti fortificati: ciò viene effettuato mediante campagne informative nonché forme di agevolazione. Tali programmi sono intrapresi da numerosi Paesi della UE (ad es., oltre ad Irlanda e Regno Unito, Finlandia, Francia, Germania, Paesi Bassi, Polonia Ungheria) nonché da Paesi associati come l'Ucraina (4).

B.3. Situazione italiana

In Italia, non vi è stata sinora alcuna regolamentazione ministeriale sulle strategie per aumentare l'apporto di AF in fase periconcezionale. Infatti la situazione italiana presenta diversi problemi:

- la supplementazione periconcezionale, nei tempi e dosi adeguati, è una prassi tuttora insufficientemente diffusa, in particolare manca una capillare sensibilizzazione degli operatori sociosanitari;
- la disponibilità di alimenti fortificati è molto limitata e non riguarda i prodotti dell'industria nazionale.

Per contro, oltre ad iniziative di formazione ed informazione nazionali (ISS, INRAN, etc.) e regionali, sono stati compiuti due passi importanti:

- l'organizzazione, a partire dal 2004, del "Network Italiano Promozione Acido Folico per la Prevenzione Primaria di Difetti Congeniti" coordinato dal Centro Nazionale Malattie Rare dell'ISS, con la partecipazione di oltre 160 strutture pubbliche (Ministero della Salute, ISS, l'Agenzia Italiana del Farmaco-AIFA, INRAN, CNR, Regioni, ASL, CDC-USA, Università, ecc.) e private (associazioni di pazienti, genitori e famigliari-GASBI, FAISBI; International Centre for Birth Defects-ICBD; Istituto Farmacologico "Mario Negri"; CeVE-AS; società scientifiche, ecc.). L'obiettivo principale del Network è di promuovere, armonizzare e rendere più visibili azioni in favore di un maggior apporto di AF nel periodo periconcezionale. Il Network ha già elaborato e approvato la "Raccomandazione per l'uso periconcezionale dell'acido folico" (<http://www.iss.it/cnmr>) (17);
- nell'Aprile del 2005 l'AIFA ha approvato l'immissione in commercio dell'AF "per la profilassi dei difetti dello sviluppo del tubo neurale in donne che stanno pianificando la gravidanza". Ciò rappresenta, il primo riconoscimento istituzionale dell'efficacia dell'AF nella prevenzione di difetti congeniti. Il farmaco è collocato in fascia A, un fatto che pone l'Italia come primo Paese in UE ad avere preso tale decisione (18).

C. Obiettivi

C.1. Obiettivo Generale

L'obiettivo generale del progetto è la riduzione di difetti congeniti attraverso un aumentato apporto di folati nel periodo periconcezionale.

Pertanto, la popolazione bersaglio di questo progetto è rappresentata da tutte le donne italiane in età fertile che programmano una gravidanza o non la escludano attivamente.

A tale scopo è necessario integrare le seguenti attività:

- potenziare la base di dati per una "prevenzione basata sull'evidenza", anche con il contributo della rete dei registri delle malformazioni congenite;
- valutare i benefici ed i possibili rischi associate alle diverse possibili strategie;
- mettere a punto sistemi per la valutazione degli esiti delle azioni proposte;
- integrare i modelli proposti per la prevenzione dei DTN con altre azioni per la prevenzione dei rischi in gravidanza, potenziando l'aspetto "prevenzione" del percorso nascita;
- mettere in atto modelli per la formazione degli operatori sociosanitari trasferibili alle strutture del SSN;
- elaborare strumenti per la presa di coscienza ("empowerment") delle donne in età fertile circa la possibilità di prevenire rischi per la gravidanza.

C.2. Obiettivi specifici

Al fine di raggiungere l'obiettivo generale vengono indicati i seguenti obiettivi spe-

cifici.

C.2.1. educazione alimentare. Promozione di una alimentazione equilibrata e ricca di alimenti ad alto contenuto di folati attraverso:

- modelli trasferibili di programmi di educazione sanitaria e campagne informative, con l'attiva partecipazione delle Associazioni dei pazienti e famigliari (GASBI-FAISBI), dell'INRAN e della rete dei Servizi di Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN). Particolare attenzione verrà data alla fascia adolescenziale e giovanile (14-25 anni), in cui si sviluppano i comportamenti alimentari che verranno mantenuti nell'età adulta, nonché alle donne in età fertile appartenenti a minoranze etniche, linguistiche o religiose;

- modelli trasferibili di programmi di formazione sull'educazione alimentare per operatori socio-sanitari, con particolare attenzione a medici di medicina generale, operatori dei consultori, ostetriche, ginecologi, neonatologi, pediatri.

C.2.2. miglioramento della prassi di supplementazione: promuovere la supplementazione di acido folico nel periodo periconcezionale nei tempi e nelle dosi adeguate. Particolare attenzione verrà data alla diffusione della raccomandazione del Network Acido Folico, all'informazione sui gruppi potenzialmente a rischio (ad es., donne che hanno già avuto una gravidanza affetta, donne celiache, che assumono farmaci anticonvulsivanti, fumatrici) ed alle donne in età fertile appartenenti a minoranze etniche, linguistiche o religiose. In particolare verranno realizzati:

- modelli trasferibili di programmi di educazione sanitaria e campagne informative, con l'attiva partecipazione delle Associazioni dei pazienti e famigliari (GASBI-FAISBI);

- modelli trasferibili di programmi di formazione per operatori socio-sanitari, con particolare attenzione a medici di medicina generale, operatori dei consultori, ostetriche, ginecologi, neonatologi, pediatri, operatori dei centri di procreazione assistita.

C.2.3. Valutazione rischio-beneficio di possibili scenari di assunzione: raccolta ed analisi della documentazione disponibile sui possibili rischi da assunzione dei folati e comparazione con i benefici, per la popolazione generale e per specifiche fasce (ad es., bambini, anziani).

La valutazione verrà effettuata in modo comparativo sulla base dei modelli disponibili a livello nazionale ed europeo per le diverse strategie adottabili per aumentare l'assunzione di folati: supplementazione, fortificazione obbligatoria, fortificazione facoltativa.

C.2.4. Sorveglianza e valutazione degli esiti: Tale obiettivo verrà sviluppato mediante la rilevazione di dati epidemiologici sui DTN ed altri difetti congeniti suscettibili di prevenzione con AF per una valutazione accurata delle dimensioni del fenomeno, del suo andamento nel tempo e dell'impatto delle azioni di prevenzione primaria. Le azioni verranno effettuate in collaborazione fra il Registro Nazionale Malattie Rare e dai Registri delle malformazioni congenite della Toscana (RTDC), Emilia Romagna (IMER), Lombardia (RLMC), Nord-Est Italia (NEI), Campania (RCDC), Sicilia (ISMAC).

Particolare attenzione verrà data alle seguenti attività:

- inclusione, secondo un modello concordato, di quesiti sull'alimentazione e l'assunzione di AF (alimenti fortificati o supplementazione) nelle procedure standard di rilevazione dei registri;
- supporto a registri in via di potenziamento (es. Lombardia e Sicilia) o di formazione (es. Marche, Piemonte, regioni meridionali senza registro);
- programmi pilota di sorveglianza attiva e mirata dell'uso periconcezionale di AF e del suo impatto sull'incidenza di difetti congeniti in collaborazione con i Registri delle malformazioni congenite.

D. Attività, target e strutture coinvolte

Attività	Target	Strutture
Modelli trasferibili di educazione alimentare e formazione professionale per la promozione di una alimentazione equilibrata e ricca di alimenti ad alto contenuto di acido folico.	Popolazione generale; Strutture scolastiche (scuola media superiore); Donne in età fertile; Strutture del SSN: Medici di Medicina Generale, Ginecologi, Ostetriche, Neonatologi, Pediatri (inclusi i pediatri di libera scelta), Operatori dei Consulitori famigliari.	ISS, INRAN, GASBI-FAISBI, rete SIAN, FIMMG Media (carta stampata, TV, radio, ecc.)
Modelli trasferibili di educazione sanitaria e formazione professionale per la promozione della supplementazione di acido folico nel periodo periconcezionale.	Donne in età fertile; Strutture del SSN: Medici di Medicina Generale, Ginecologi, Ostetriche, Neonatologi, Pediatri (inclusi i pediatri di libera scelta), Operatori dei Consulitori famigliari, Operatori dei centri di fecondazione assistita.	ISS, Regioni, Registri delle Malformazioni congenite, FIMMG
Valutazione rischio-beneficio di possibili scenari di assunzione.	Ministero della Salute; Regioni.	ISS, INRAN
Sorveglianza e valutazione degli esiti.	Ministero della Salute, Regioni, strutture del SSN: Medici di Medicina Generale, Ginecologi, Ostetriche, Operatori dei Consulitori famigliari, Dipartimenti prevenzione delle ASL, rete SIAN	ISS (Registro Nazionale Malattie Rare); Registri delle malformazioni congenite della Toscana (RTDC), Emilia Romagna (IMER), Lombardia (RLMC), Nord-Est Italia (NEI), Campania (RDCD), Sicilia (ISMAC), ed altri Registri in fase di sviluppo.

E. Metodologia ed azioni

Il progetto prevede interventi di sanità pubblica che si articolano nelle seguenti attività.

E.1. Educazione alimentare.

Questa attività del progetto prevede la realizzazione di modelli trasferibili per:

- una campagna informativa rivolta alla popolazione generale attraverso mezzi di comunicazione (web, radio, televisione, carta stampata);
- uno specifico intervento informativo nei confronti della popolazione in età adolescenziale-giovanile (web, radio, televisione, carta stampata) la produzione e diffusione di materiale informativo rivolti alle donne in età fertile (15-49 anni);
- la produzione e diffusione di materiale informativo rivolto a donne in età fer-

- tile appartenenti a minoranze etniche, linguistiche o religiose, con il supporto di mediatori transculturali;
- la organizzazione di gruppi di discussione con operatori sanitari delle categorie bersaglio per l'elaborazione mediante consenso di modelli trasferibili per formare gli operatori del SSN nella promozione di stili alimentari salutarissimi, in collaborazione con l'INRAN, la rete SIAN ed altri componenti del Network Italiano Acido Folico;
- il materiale sarà prodotto con l'obiettivo di una distribuzione presso gli ambulatori di medicina generale, pediatri anche di libera scelta, consultori familiari, ambulatori di ostetricia e ginecologia di aziende ospedaliere ed universitarie, ambulatori che svolgono attività di counseling pre-concezionale;
- la valutazione dell'efficacia dei modelli sarà rilevata dopo la loro applicazione in aree pilota con il supporto dell'INRAN, della rete SIAN ed altri componenti del Network Italiano Acido Folico, attraverso una analisi del grado di conoscenza del problema (dieta, fortificazione e supplementazione) della popolazione target (donne in età fertile) rilevato prima e dopo l'intervento mediante un questionario elaborato ad hoc.

E.2. Miglioramento della prassi di supplementazione:

Questa attività del progetto prevede:

- elaborazione di modelli per la diffusione della raccomandazione del Network Italiano Acido Folico su tutto il territorio nazionale, in collaborazione con le associazioni (GASBI-FAISBI) e con le strutture sanitarie coinvolte nel Network Italiano Acido Folico, anche private
- identificazione, attraverso un'analisi delle evidenze scientifiche, dei principali gruppi potenzialmente a rischio
- valutazione della opportunità e modalità di produzione di specifico materiale informativo sulla supplementazione mirata nei gruppi a rischio
- formazione degli operatori sanitari sulla supplementazione attraverso due fasi.

Nella prima fase (fase conoscitiva) sarà effettuata un'indagine conoscitiva, con copertura preferibilmente nazionale, mediante somministrazione di un questionario elaborato ad hoc rivolto a Medici di Medicina Generale, Ginecologi, Ostetrici, Pediatri (inclusi i pediatri di libera scelta), neonatologi, operatori dei Consultori delle ASL, operatori dei centri di fecondazione assistita.

L'indagine permetterà di ottenere informazioni sulle conoscenze relative ai bisogni alimentari ed supplementazione con AF in epoca periconcezionale. L'elaborazione dei dati della prima fase del progetto, permetterà di valutare i bisogni formativi degli operatori del SSN.

Il campione sarà selezionato, utilizzando l'elenco degli iscritti alle società scientifiche ed Ordini Professionali tramite il metodo di campionamento casuale semplice. Il data-entry e l'elaborazione dei dati sarà effettuato mediante software statistici presso l'ISS.

Nella seconda fase del progetto (fase formativa) verranno coinvolte le società scientifiche, gli Ordini Professionali e gli assessorati alla Sanità delle Regioni. Tra gli operatori sanitari individuati per la prima fase verrà selezionato un ulteriore sottogruppo, tenendo conto della copertura regionale, della specialità professionale e del ruolo svolto nel SSN.

Per ogni Regione saranno selezionati:

- 30 Medici di Medicina Generale;
- 10 Ginecologi/Ostetrici;
- 20 Pediatri/neonatologi (inclusi i pediatri di libera scelta);
- 20 operatori dei Consultori delle ASL;
- 2 operatori dei centri di fecondazione assistita;

Gli operatori sanitari verranno formati da esperti individuati dall' ISS e dalle Regioni, attraverso corsi di formazione appositamente organizzati. Essi avranno l'incarico di svolgere a loro volta attività formativa nei confronti di operatori della stessa specialità professionale e ruolo svolto nel Sistema Sanitario Nazionale, attraverso corsi di formazione ECM organizzati dalla struttura di appartenenza in collaborazione con ISS e le Regioni.

La valutazione dell'intervento verrà effettuata a mezzo di questionari post-intervento rivolti agli operatori sanitari campionati per la prima fase.

F. Valutazione rischio-beneficio di possibili scenari di assunzione

L'azione si articolerà nelle seguenti fasi, in accordo con gli approcci per la valutazione dei rischi e dei benefici nel campo alimentare promosso dall' Authority Europea per la Sicurezza Alimentare:

- raccolta ed analisi della documentazione disponibile sui possibili rischi da assunzione dei folati e sulla relazione fra dose ed effetto;
- formulazione di tre scenari di assunzione nel contesto italiano: fortificazione obbligatoria, fortificazione facoltativa e supplementazione, tenendo conto di diversi livelli basali di assunzione con la dieta sulla base dei dati dell'INRAN. Nel caso della fortificazione verranno formulati di assunzione per diverse classi di età (adulti, bambini, anziani);
- valutazione comparativa dei possibili rischi e dei benefici attesi in termini di prevenzione dei difetti congeniti, tenendo conto dei fabbisogni e dei limiti massimi tollerabili definiti a livello Europeo.

G. Sorveglianza e valutazione degli esiti

1. Il Registro Nazionale Malattie Rare e i Registri delle malformazioni congenite della Toscana (RTDC), Emilia Romagna (IMER), Lombardia (RLMC), Nord-Est Italia (NEI), Campania (RCDC), Sicilia (ISMAL), nonché altri Registri in via di sviluppo, saranno in grado di svolgere attraverso l'attività di sorveglianza una valutazione dell'efficacia dell'intero progetto.

In particolare saranno valutati i dati riferiti ai seguenti difetti congeniti:

DTN.

- Anecefalia
- Spina bifida
- Encefalocele

Altri difetti potenzialmente prevenibili mediante AF

- Cardiopatie
 - Schisi oro-facciali
 - Difetti di riduzione degli arti
 - Difetti renali;
2. Elaborazione e validazione di un modello concordato e standardizzato da inserire nell'attività di registrazione per la raccolta di informazioni atte a stimare l'assunzione di AF (alimentazione, fortificazione, supplementazione);
 3. Il modello verrà elaborato da un gruppo di lavoro che coinvolga rappresentanti di tutti i Registri;
 4. Il modello verrà validato in una fase pilota in almeno un Registro avviato ed in almeno un Registro in via di potenziamento (ad es. Lombardia e Sicilia);
 5. Programmi pilota di sorveglianza attiva e mirata dell'uso periconcezionale di AF e del suo impatto sull'incidenza di difetti congeniti in aree selezionate delle zone coperte dai Registri delle malformazioni congenite;
 6. Sulla base dei risultati ottenuti si terrà una consensus conference con selezionati componenti del Network Italiano Acido Folico per la messa a punto e

validazione di sistemi per la raccolta e verifica di informazioni sull'andamento spaziotemporale dei DTN nelle regioni che ancora non hanno registri dei difetti congeniti, quali Basilicata, Calabria, Liguria, Marche, Piemonte, Puglia, Sardegna, Umbria, Valle d'Aosta.

H. Indicatori di processo

1. numero di modelli sviluppati per la formazione/informazione;
2. popolazione coperta dai Registri delle malformazioni congenite.

I. Indicatori di risultato

1. trasferimento di modelli per la formazione/informazione;
2. numero di donne che assumono acido folico in periodo periconcezionale nei tempi e modi corretti;
3. numero, tipologia e provenienza regionale degli operatori coinvolti nelle attività di formazione;
4. valutazione rischio-beneficio dei diversi modelli di assunzione;
5. disponibilità di strumenti per la raccolta di informazioni sull'assunzione periconcezionale di folati;
6. attivazione di nuove attività di sorveglianza dei difetti congeniti.

L. Indicatori di impatto

1. riduzione dell'incidenza di difetti congeniti selezionati monitorata attraverso i Registri dei Difetti congeniti esistenti;
2. base di evidenze per la selezione di strategie per la promozione periconcezionale di AF nel contesto italiano.

M. Organizzazione del piano operativo

Il Progetto si articola nelle seguenti Unità Operative U.O:

U.O. 1. Centro Nazionale Malattie Rare (CNMR) del Dipartimento di Biologia Cellulare e Neuroscienze dell'ISS (responsabile dott.ssa Domenica Taruscio).

È unità di coordinamento del Network Italiano Acido Folico per la Prevenzione di Difetti Congeniti. Questo Network, che è costituito da 162 strutture tra istituti di ricerca, ASL, Ospedali, Policlinici Universitari, IRCCS, ecc, ha realizzato e diffuso la "Raccomandazione per la riduzione del rischio di difetti congeniti".

Il CNMR ha svolto attività di studio e documentazione sulle evidenze di efficacia della supplementazione di acido folico per la prevenzione di difetti congeniti anche in ambito internazionale (9,15,17,19). Inoltre, ha svolto indagini campionarie su donne che hanno partorito per valutare la percentuale di queste che assume acido folico come raccomandato e le conoscenze e attitudini verso la prevenzione dei difetti congeniti e specificatamente del tubo neurale.

Le informazioni ottenute saranno utilizzate per la realizzazione del presente piano operativo.

Avrà compito di coordinamento sulle attività di educazione sanitaria e di formazione professionale per il miglioramento della prassi di supplementazione in collaborazione con l'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) e Rete dei Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN-net) e Genitori Associati Spina Bifida Italia (GASBI) – Federazione Associazioni Italiane Spina Bifida e Idrocefalo (FAISBI).

In particolare, GASBI e FASBI svolgeranno attività volte alla diffusione sul territorio della raccomandazione per la prevenzione di difetti congeniti mediante acido folico.

L'INRAN e SIAN-net avranno il compito di aggiornare le informazioni disponibili

li sulle abitudini alimentari della popolazione italiana rispetto al consumo di folati (INRAN) e valutare su queste le modificazioni determinate dalla realizzazione del presente piano operativo (INRAN-SIAN-net). Inoltre alla rete SIAN-net verrà attribuito il compito di diffondere ulteriormente su tutto il territorio nazionale la raccomandazione.

L'unità di coordinamento avrà il compito di redigere il rapporto finale del piano operativo e di pubblicarlo anche on-line sul sito web dell'ISS.

U.O. 2 Valutazione rischio-beneficio. Dipartimento Sanità Alimentare e Animale. ISS (Dott. Alberto Mantovani).

Questa U.O. svolgerà attività di studio e documentazione sui possibili rischi per la salute associati all'apporto non solo carente, ma anche squilibrato od eccessivo, di acido folico al fine di effettuare una valutazione del rapporto rischio beneficio relativamente a tutte le possibili strategie di sanità pubblica con particolare riguardo alla fortificazione degli alimenti.

Questa attività è stata in parte già svolta dalla U.O. 2 (15). I risultati e gli approfondimenti saranno utilizzati nel presente piano operativo.

U.O.3 Sorveglianza e valutazione degli esiti. Registri malformazioni Congenite. Registro Toscana Difetti Congeniti. Coordinamento dei Registri Regionali Difetti Congeniti. Centro Nazionale delle Ricerche. Pisa (Dott. Fabrizio Bianchi).

Il livello regionale sia di programmazione sanitaria che di registrazione dei difetti congeniti avrà il compito di mettere a punto degli strumenti di rilevazione dei dati. I registri dei difetti congeniti hanno elaborato le misure di incidenza per i DTN e altre malformazioni sensibili all'AF. Verranno effettuate nuove misure di incidenza per la valutazioni dell'effetto dell'applicazione del presente piano operativo.

N. Cronogramma

Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
definizione di accordi con i medici del SSN	■																								
definizione di accordi con la dirigenza e il personale	■																								
definizione dell'offerta informativa e formativa	■																								
attività formative (medici del SSN). progetto pilota				■	■	■	■	■	■																
attività informative (studenti). progetto pilota				■	■	■	■	■	■																
verifica e validazione degli strumenti									■																
offerta formativa e informativa a livello nazionale																									
sorveglianza epidemiologica (Registri)																									
raccolta dei dati sulla prassi della supplementazione																									
diffusione della raccomandazione sul territorio nazionale																									
rapporto e impostazione di un programma di sanità pubblica																									

Questionario pre-test

Questionario post-test

Epidemiologia base-line

Epidemiologia post-intervento

O. Piano finanziario Generale

	I anno	II anno	Totale
Personale	158.000	99.000	257.000
Beni e servizi	26.000	23.000	49.000
Missioni	50.000	44.000	94.000
Spese generali	42.000	48.000	90.000
Totale	276.000	214.000	490.000

O.1. Piano finanziario U.O. 1.

Centro Nazionale Malattie Rare (CNMR) del Dipartimento di Biologia Cellulare e Neuroscienze dell'ISS
(responsabile dott.ssa Domenica Taruscio).

	I anno	II anno	Totale
Personale	75.000	41.000	116.000
Beni e servizi	10.000	8.000	18.000
Missioni	17.000	15.000	32000
Spese generali	22.000	24.000	46.000
Totale	124.000	88.000	212.000

O.2. Piano finanziario U.O. 2. Valutazione rischio-beneficio. Dipartimento Sanità Alimentare e Animale. ISS (Dott. Alberto Mantovani).

	I anno	II anno	Totale
Personale	35.000	23.000	58.000
Beni e servizi	7.000	6.000	13.000
Missioni	17.000	15.000	32000
Spese generali	10.000	12.000	22000
Totale	69.000	56.000	125.000

O.3. Piano finanziario U.O.3 Sorveglianza e valutazione degli esiti. Registri malformazioni difetti Congeniti Centro Nazionale delle Ricerche. Pisa. (Dott. Fabrizio Bianchi).

	I anno	II anno	Totale
Personale	48.000	35.000	83.000
Beni e servizi	9.000	9.000	18.000
Missioni	16.000	14.000	30000
Spese generali	10.000	12.000	22.000
Totale	83.000	70.000	153.000

P. Bibliografia consultata

- 1 Istituto Nazionale di Statistica. Tavole di mortalità della popolazione residente. Anno 2003. Roma: ISTAT; 2006. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it>. ultima consultazione 26/02/2007.
- 2 Bianchi F, Taruscio D. Registro nazionale malattie rare. Epidemiologia di 44 malformazioni congenite rare in Italia. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2002. (Rapporti ISTISAN 02/36).
- 3 Pomerance JJ, Morrison A, Williams RL, Schiffrin BS. Anencephalic infants: life expectancy and organ donation. *J Perinatol* 1989;9(1):33-7.
- 4 EUROCAT. Prevalence data. Selection criteria. Disponibile all'indirizzo: <http://www.biomedical.co.uk/eurocatlive/search.cgi>; ultima consultazione 31/10/2006.
- 5 Laurence KM, James N, Miller MH, Tennant GB, Campbell H. Double-blind randomised controlled trial of folate treatment before conception to prevent recurrence of neural-tube defects. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1981;282(6275):1509-11.
- 6 MRC Vitamin Study Research Group. Prevention of neural tube defects: results of the Medical Research Council Vitamin Study. MRC Vitamin Study Research Group. *The Lancet* 1991;20.338(8760):131-7.
- 7 Kirke PN, Daly LE, Elwood JH. A randomised trial of low dose folic acid to prevent neural tube defects. The Irish Vitamin Study Group. *Arch Dis Child* 1992;67(12):1442-6.
- 8 Czeizel AE, Dudas I, Metneki J. Pregnancy outcomes in a randomised controlled trial of periconceptual multivitamin supplementation. Final report. *Arch Gynecol Obstet* 1994;255(3):131-9.
- 9 Carnovale E. Assunzione di folati nella dieta italiana. In: Mantovani A, Stazi AV, Taruscio D. Interazioni geni e ambiente: folati e malformazioni congenite. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2002. (Rapporti ISTISAN 02/26). p. 3-15.
- 10 Van Guelpen BR, Wiren SM, Bergh AR, Hallmans G, Stattin PE, Hulthdin J. Polymorphisms of methylenetetrahydrofolate reductase and the risk of prostate cancer: a nested case-control study. *Eur J Cancer Prev*. 2006;15:46-50.
- 11 Stevens VJ, Rodriguez C, Paoli D, McCullough ML, Thun MB, Calle EE. Folate nutrition and prostate cancer incidence in a large cohort of US men. *Am J Epidemiol*. 2006;163:989-96.

Mese

definizione di accordi medici del SSN	12	Carson SC, Hakansson N, Giovannucci E, Wolk A. Folate intake and pancreatic cancer incidence: a prospective study of Swedish women and men. <i>J Natl Cancer Inst</i> . 2006;98:407-13.
definizione di accordi con la dirigenza e il personale	13	Kim YI. Does a high folate intake increase the risk of breast cancer? <i>Nutr Rev</i> . 2006;64:468-75. Disponibile all'indirizzo http://www.etsa.europa.eu/ . Ultima consultazione 26/02/2007.
definizione dell'offerta informativa e formativa	14	Pierini A, Bianchi F, Salerno P, Taruscio D. Registro Nazionale Malattie Rare: malformazioni congenite e acido folico. Rapporti ISTISAN 06/34, 2006.
attività formative (medici del SSN), progetto pilota attività informative (studenti), progetto pilota	15	Bertho LD, Lisi A, Robert-Gnansia E, Erickson JD, Volset SE, Mastroiacovo P, et al. International retrospective cohort study of neural tube defects in relation to folic acid recommendations: are the recommendations working? <i>BMJ</i> 2005;12;330(7491):571-8.
verifica e validazione degli strumenti	16	Taruscio D, Agazio E, Salerno P. Prevenzione primaria di difetti congeniti mediante una integrazione con l'acido folico. <i>Not Ist Super Sanità</i> 2005;18(5):11-17.
offerta formativa e informativa a livello nazionale	17	Agencia Italiana del Farmaco. CdA approva l'autorizzazione all'immissione in commercio di 94 nuovi farmaci Comunicato Stampa 20 aprile 2005. Roma. Disponibile all'indirizzo: http://www.agenziafarmaco.it . Ultima consultazione 26/02/2007.
sorveglianza epidemiologica (Registri)	18	Taruscio D. Folic acid: from research to public health practice. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2004. (Rapporti ISTISAN 04/26).
raccolta dei dati sulla trasmissione della supplementazione	19	
diffusione della raccomandazione sul territorio nazionale	20	
rapporto e implementazione di un programma di sanità pubblica	21	
	22	
	23	
	24	

CAMPAGNA NAZIONALE DI COMUNICAZIONE “GENITORI+”

DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE E DELLA COMUNICAZIONE DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

ACCORDO DI COLLABORAZIONE

PREMESSO CHE

- dal punto di vista del metodo, in sanità pubblica viene da tempo segnalata la necessità di passare da un sistema prescrittivo ad una scelta consapevole e partecipativa, come richiamato dal Ministro della Sanità nel “New Deal della Salute” (26.06.06) con la parola chiave “fiducia”, che descrive un “cittadino come portatore di diritti e doveri, come protagonista del suo benessere, che ha il diritto alle prestazioni essenziali ma anche il “dovere” di partecipare attivamente ai programmi di prevenzione primaria e secondaria, che è “dovere” del SSN attuare compiutamente diffusamente”;
- questi obiettivi di salute sono pienamente coerenti con le priorità del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 nel quale, al capitolo 5.1. “La salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza”, tra gli obiettivi da raggiungere è presente quello di “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”;
- esperienze pregresse indicano come tra gli strumenti di promozione alla salute occupino un posto di rilievo gli interventi di prevenzione primaria per affrontare quelle che attualmente rimangono le principali cause di mortalità e morbosità nel primo anno di vita: malformazioni congenite, prematurità, SIDS, incidenti, patologia infettiva;
- molti degli interventi utilizzano campagne di promozione della salute finalizzate a rinforzare determinati modelli comportamentali e stili di vita, a proporre di nuovi, o ad assicurare l’adesione agli interventi di sanità pubblica, nel rispetto delle libertà individuali e della cultura dei diversi gruppi sociali;
- la capacità della popolazione di incidere in modo consapevole ed efficace sui propri stili di vita fin dal concepimento è inoltre un elemento costitutivo di una tempestiva ed adeguata acquisizione di competenze nell’esercizio della genitorialità, con conseguenti positive ricadute in termini di benessere psico-sociale e di salute;
- interventi centrati sulla promozione simultanea di pratiche che tendono a ridurre i diversi fattori di rischio comportano effetti sinergici con un atteso miglior profilo costo/efficacia rispetto ad interventi finalizzati a modificare singoli fattori, perseguendo il superamento di modalità episodiche o frammentarie, favore di un ancoraggio dell’azione di comunicazione in disegni preventivi strategici complessivi, sia nei piani programmatici che nell’offerta dei servizi;
- valutata la Campagna per la promozione della salute nei primi anni di vita – prevenzione attiva e vaccinazioni della Regione Veneto denominata “Genitori più” che si propone di promuovere in maniera integrata le seguenti azioni sorrette da significative evidenze scientifiche:
 - l’assunzione di adeguate quantità di acido folico nel periodo periconcezionale;
 - l’astensione dal fumo di sigaretta durante la gravidanza e nei luoghi frequentati dal bambino;
 - l’allattamento al seno esclusivo nei primi sei mesi di vita;

- la posizione supina nel sonno nel primo anno di vita;
 - l'utilizzo di appropriati mezzi di protezione del bambino negli spostamenti in automobile;
 - le vaccinazioni;
 - promozione della lettura ad alta voce ai bambini in età prescolare.
- che il Ministero della Salute intende avvalersi della collaborazione della Regione Veneto e dell'Azienda Sanitaria Locale n. 20 di Verona, in qualità, rispettivamente, di ente promotore e di ente gestore della Campagna informativa "Genitori più";

CONSIDERATO CHE

è necessario disciplinare gli aspetti operativi e finanziari della predetta collaborazione, l'anno 2007 il giorno del mese di ,

TRA

il Ministero della Salute C.F. 80242290585, rappresentato dalla Dr.ssa Francesca Fratello, nata a Roma il 4 agosto 1941, domiciliata ai fini del presente accordo in Roma, Via della Civiltà Romana 7, nella sua qualità di Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria, di seguito "Ministero"

E

la Regione del Veneto – Giunta Regionale con sede in Venezia, Dorsoduro 3901 codice fiscale 80007580279, rappresentata legalmente dal dott. Alfonsino Ercole nato a Badia Calavena (VR) l'11 agosto 1943, di seguito "Regione"

E

l'Azienda ULSS 20 – Verona C.F. 02573090236 con sede in via Valverde 42 -37122 - Verona, rappresentata dal dott. Ing. Ermanno Angonese, nato a Mason Vicentino (VI) il 10 febbraio 1949, nella qualità di Direttore Generale, di seguito "Azienda"

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 1 - Oggetto

1. Il presente accordo è concluso, ai sensi dell'articolo 15 della legge 7 agosto 1990, n. 241 e successive modificazioni ed integrazioni, per disciplinare lo svolgimento in collaborazione con la Regione e con l'Azienda, delle attività di interesse comune - riportate in dettaglio nel progetto allegato, che costituisce parte integrante del presente accordo - finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo di estendere, a livello nazionale, da parte della Regione e dell'Azienda, la Campagna di Comunicazione "GenitoriPiù" Campagna di Comunicazione per la Promozione della Salute nei primi anni di vita, ed in particolare delle attività qui riassunte:
 - a) fornitura, da parte della Regione, di materiali (spot televisivi, spot radio, tabellari per testate giornalistiche, materiale cartaceo e fac-simili) nonché loro adeguamento per l'estensione della Campagna "GenitoriPiù" a livello Nazionale e per la declinazione della Campagna a livello delle singole Regioni;
 - b) consulenza per l'implementazione della parte nazionale della Campagna;
 - c) coinvolgimento dei principali stakeholders (Società Scientifiche e Professionali, Associazioni e ONG dedicate). Il Coinvolgimento delle categorie professionali dovrà essere massimizzato (Ostetriche, Pediatri, Ginecologi, ecc);
 - d) implementazione del sito WEB dedicato, con inserimento di "link" appropriati;
 - e) individuazione e reclutamento di n. 1 Referente Responsabile per singola

- Regione aderente, coordinamento delle Regioni aderenti per un'implementazione su base regionale;
- f) coordinamento generale e formazione del personale delle Regioni aderenti al progetto, con particolare riguardo alla coerenza con le caratteristiche originali dei singoli sistemi sanitari regionali (tayloring), comprensiva di produzione di materiali. Verrà, in particolare, previsto l'adattamento su ogni singola Regione aderente alle iniziative di comunicazione della campagna, in integrazione con esigenze, risorse, esperienze pregresse e attività in essere nella Regione stessa, sia delle istituzioni che del Volontariato;
 - g) supporto on-line per le Regioni aderenti (HelpDesk);
 - h) consulenza per la valutazione d'impatto a livello regionale e nazionale anche attraverso enti terzi previa autorizzazione di cui al successivo punto 3.
2. L'Azienda si impegna inoltre a stabilire gli opportuni links tra la campagna di comunicazione e le iniziative già poste in essere dal Ministero, quali, ad es., Progetto salute, Piano guadagnare salute, Commissione nazionale SIDS, Commissione salute donna;
 3. L'Azienda, al fine di realizzare il progetto, potrà avvalersi della collaborazione di altri Enti e/o Associazioni pubbliche e/o private. Qualora si tratti di enti e/o associazioni non previste nel progetto, l'Azienda è tenuta a richiedere al Ministero l'autorizzazione alla stipula del relativo accordo.
 4. La Regione, da parte sua, si impegna ad utilizzare tutti gli strumenti istituzionali e tecnico-amministrativi a propria disposizione per estendere i contenuti della Campagna alle altre Regioni, garantendo il necessario apporto nelle diverse fasi di realizzazione.

Art. 2 – Efficacia. Durata

1. L'accordo è efficace a decorrere dalla data della lettera del Ministero di comunicazione di avvenuta registrazione del provvedimento di approvazione del presente Accordo da parte degli Organi di Controllo. L'Azienda dovrà provvedere all'avvio delle attività immediatamente dopo la ricezione della predetta comunicazione.
2. L'accordo ha durata 24 mesi a decorrere dalla data di cui al comma 1.

Art. 3 - Rapporti tecnici e rendiconti finanziari

1. Al fine di verificare il regolare svolgimento delle attività di cui all'art. 1, l'Azienda entro trenta giorni dalla scadenza di ogni semestre trasmette al Ministero, e per conoscenza alla Regione, un rapporto tecnico sullo stato d'avanzamento dei progetti ed un rapporto finanziario sulle spese effettivamente sostenute.
2. Durante lo svolgimento delle attività previste nel presente accordo potranno essere apportate modifiche al progetto ed al piano finanziario a condizione che le stesse non stravolgano l'impianto complessivo del progetto. Le variazioni possono essere richieste dall'Azienda, e sono sottoposte all'assenso del Comitato paritetico di cui all'articolo 4, con richiesta a firma del legale rappresentante, mentre le motivazioni saranno a firma del referente scientifico. Resta fermo, che le variazioni non possono costituire motivo di modifica del finanziamento.
3. Entro trenta giorni dalla scadenza dell'accordo, l'Azienda trasmette al Ministero, e per conoscenza alla Regione, un rapporto tecnico finale sui risultati raggiunti nel periodo di durata dell'accordo stesso ed una rendicontazione finanziaria delle spese effettivamente sostenute per la realizzazione del progetto.
4. Nel caso in cui la presentazione dei rapporti sulle attività svolte non possa avvenire nei tempi prestabiliti, è facoltà del Ministero concedere un'apposita proroga, previa formale e motivata richiesta da parte dell'Azienda.
5. La concessione della proroga, che sarà subordinata alla riconosciuta sussistenza

di ragioni di necessità ed opportunità, non costituisce, comunque, motivo di maggiorazione del finanziamento.

Art. 4 - Verifiche e monitoraggio

1. L'attività di verifica e monitoraggio sarà svolta da un apposito Comitato paritetico, composto da membri designati dal Ministero, da un membro della Regione, da un membro dell'Azienda e da un delegato delle Regioni aderenti. Il Comitato ha facoltà di chiedere chiarimenti e può disporre verifiche e modifiche durante la realizzazione del progetto, sia al progetto che al piano finanziario. Tali modifiche comunque non dovranno stravolgere l'impianto complessivo del progetto. Resta fermo, che le variazioni non possono costituire motivo di modifica del finanziamento.

Art. 5 - Uso degli elaborati

1. Il Ministero potrà disporre degli elaborati di cui all'articolo 3 per qualunque uso, compresa la pubblicazione di dati e notizie inerenti i risultati raggiunti con la realizzazione del progetto, senza che ciò dia diritto all'Azienda di pretendere ulteriori finanziamenti, oltre quelli previsti dal presente accordo.
2. Il Ministero, per il tramite del referente, di cui al successivo articolo 6, partecipa alle attività di analisi, divulgazione e valorizzazione scientifica dei risultati delle attività di cui all'articolo 1.
3. Le pubblicazioni dei risultati delle attività di cui all'articolo 1, previo accordo con il Ministero, dovranno recare l'indicazione che il lavoro è stato svolto grazie al finanziamento del Ministero, riportando gli estremi dello stesso: "capitolo 4137/2007".
4. I dati generati dai flussi informativi previsti dalle attività oggetto del presente accordo e i risultati raggiunti con la realizzazione del progetto saranno pubblicati in appositi spazi del sito web del Ministero.
5. Nessun diritto di disposizione e pubblicazione di quanto prodotto viene riconosciuto all'Azienda e alla Regione, se non dietro espressa autorizzazione del Ministero.

Art. 6 - Responsabile e referente delle attività

1. L'Azienda identifica, quale responsabile delle attività di cui al progetto, il dott. Leonardo Speri, Psicologo Dirigente I° Livello – responsabile Ufficio Promozione della Salute, che assicura il collegamento operativo con il Ministero e con la Regione, nonché trasmette al referente scientifico del Ministero i rapporti di cui all'articolo 3.
2. Il Ministero indica quale referente scientifico delle attività oggetto del presente accordo, il dr Giovan Battista Ascone, Dirigente di II fascia del Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione, che assicura il collegamento operativo con l'Azienda e il monitoraggio del presente accordo.
3. Il Ministero e l'Azienda si riservano il diritto di identificare altri referenti in caso di assenza e/o impedimento dei referenti di cui ai commi 1 e 2.

Art. 7 - Finanziamento

1. Per lo svolgimento delle attività di cui al presente accordo, spetta all'Azienda un finanziamento complessivo di € 900.000,00 (novecentomila/00), comprensivi di qualsiasi altra spesa ed oneri sostenuti dall'Azienda. Tale importo sarà così ripartito:
 - a) il 50%, pari a € 450.000,00 (quattrocentocinquanta/00), dopo la comunicazione da parte dell'Azienda dell'avvio delle attività e comunque ad avvenuta registrazione del provvedimento di approvazione del presente accordo da parte degli organi di controllo;
 - b) il 30%, pari a € 270.000,00 (duecentosettanta/00), a seguito della posi-

- tiva valutazione del progetto da parte del Comitato paritetico di cui all'articolo 4, alla scadenza del 12° mese di attività;
- c) il restante 20%, pari a € 180.000,00 (centottantamila/00) alla scadenza del presente accordo.
2. I pagamenti sono subordinati alla positiva valutazione delle relazioni da parte del Comitato paritetico di cui all'articolo 4. Il finanziamento è concesso all'Azienda al fine di rimborsare le spese effettivamente sostenute per l'attività prestata, spese come risultanti dai rendiconti finanziari di cui all'articolo 3 e non può mai determinare un utile per l'Azienda.
 3. I relativi pagamenti di cui al comma 1 sono disposti dietro presentazione di formale richiesta dell'Azienda da intestare ed inviare a: Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria – Ufficio I – Via della Civiltà Romana, 7 00144 ROMA.
 4. I pagamenti saranno disposti, previa positiva valutazione da parte del Ministero delle relazioni di cui all'articolo 3, entro sessanta giorni dal ricevimento della richiesta di cui al comma 3, mediante l'emissione di ordinativi di pagamento tratti sulla Sezione di Tesoreria Provinciale dello Stato di Verona, conto di Tesoreria unico n. 47338, intestato all'Azienda USSL 20 Verona, C.F.: 02573090236, con sede in Via Valverde n. 42 – 37122 – Verona.
 5. Il Ministero non risponde di eventuali ritardi nella liquidazione dei finanziamenti pagonati dai controlli di legge e/o dovuti ad indisponibilità di cassa.

Art. 8 - Sospensione dei pagamenti

1. Nel caso in cui l'Azienda non provveda ad inviare le relazioni di cui al precedente articolo 3, il Ministero sospende l'erogazione del finanziamento. La sospensione del finanziamento sarà disposta anche per la mancata od irregolare attuazione del presente accordo.

Art. 9 – Diffida ad adempiere. Risoluzione dell'accordo

1. In caso di accertamento, in sede di esame delle relazioni di cui all'articolo 3, del mancato rispetto dei termini indicati nel cronoprogramma, di inadempimento a quanto previsto nel progetto ovvero di mancato rispetto di quanto previsto nel piano economico-finanziario, per cause imputabili all'Azienda, che possano pregiudicare la realizzazione del progetto, il Ministero intima per iscritto all'Azienda di eseguire la prestazione nel termine indicato nell'atto di diffida. Decorso inutilmente detto termine l'accordo si intende risolto di diritto a decorrere dalla data indicata nella diffida ad adempiere.
2. È espressamente convenuto che in caso di risoluzione del presente accordo, l'Azienda ha l'obbligo di provvedere, entro sessanta giorni dal ricevimento della relativa richiesta, alla restituzione delle somme corrisposte sino alla data di risoluzione dell'accordo.

Il presente Accordo si compone di 9 articoli e di un allegato, ed è redatto in tre originali.

Letto, confermato e sottoscritto.

MINISTERO DELLA SALUTE
Direzione Generale Prevenzione Sanitaria
Il Direttore Generale
Dr.ssa Francesca Fratello

REGIONE VENETO
Direzione Regionale della Prevenzione
dott. Alfonsino Ercole

REGIONE VENETO
Azienda ULSS 20 – Verona
Il Direttore Generale
Ing. Ermanno Angonese

PROGETTO PERCORSO NASCITA: PROMOZIONE E VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DI MODELLI OPERATIVI

Analisi strutturata del problema

Problema

La medicalizzazione della nascita, con eccesso di pratiche inutili e potenzialmente dannose e con ostacolo a quelle appropriate, ha raggiunto nel nostro paese livelli che non hanno uguali nel mondo e sono in contrasto a qualsiasi approccio scientifico alla salute. Si passa dall'eccesso di ecografie ed analisi non raccomandate, all'eccesso di parti con taglio cesareo e di episiotomie e induzioni, dallo scoraggiamento alla frequentazione dei corsi di accompagnamento alla nascita alla dissuasione dell'allattamento materno. Il tutto in contrasto con le raccomandazioni nazionali e, specificamente, del Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI). Inoltre, nel percorso nascita sta sempre più emergendo il contributo di cittadine di nazionalità estera (con il 10% dei nati nel 2005), le cui caratteristiche è necessario investigare sia con indagini quantitative che con quelle qualitative (come si è recentemente realizzato per l'IVG), al fine di adeguare i servizi e le attività ai bisogni della nuova realtà emergente.

Spiegazioni plausibili

Si è in presenza della convergenza:

a) della conseguenza di un approccio paternalistico direttivo che tende ad esautorare la donna della propria competenza e a indurre senso di inadeguatezza e dipendenza con conseguente azione risarcitoria quando si presenta il danno e conseguente inviluppo vizioso della medicina difensiva

b) della diffusione di pratiche di non dimostrata efficacia o quando non appropriate, strumentalizzando la richiesta della donna di maggiore sicurezza. Nonostante sia ben noto che interventi diagnostico terapeutici non raccomandati aumentino il rischio di eventi avversi, non si può escludere una pressione del mercato con problematiche non trascurabili di autoreferenzialità e conflitti di interesse.

Le culture di origine (basti pensare al desiderio delle donne musulmane di essere visitate solo da donne), le difficoltà di comunicazione, le condizioni di vita e di lavoro e le difficoltà di "accesso" ai servizi per scarsa conoscenza o per scarsa capacità di accoglienza, possono influenzare sia l'esposizione ai servizi e alle attività raccomandate che gli esiti di salute.

Soluzioni proposte

La soluzione proposta è l'applicazione integrale del Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI), in particolare per quanto attiene il percorso nascita, considerato progetto strategico per la promozione della salute. L'importanza dell'applicazione integrale del POMI risiede nel valore delle sinergie quando le attività vengono svolte in modo integrato e da servizi unitari come i consultori familiari, così come raccomandato dal POMI. Nonostante risalga al 2000 e nonostante sia stato integralmente ripreso dai LEA nel 2002, il POMI ha trovato scarsa applicazione. Con il presente programma si vuole dimostrare la fattibilità su larga scala (almeno una decina di ASL) e l'impatto migliorativo sugli indicatori di salute relativi al percorso nascita, con un impegno dell'ISS nell'assistere la progettazione operativa, l'implementazione e il monitoraggio e la valutazione, su base scientifica.

La valutazione diviene lo strumento essenziale per promuovere la professionalità, aiutando a rimettere in discussione i modelli operativi tradizionali e i paradigmi epistemologici ad essi connessi.

Riguardo le immigrate si propone la realizzazione di una indagine quali-quantitativa intervistando campioni rappresentativi di donne immigrate di nazionalità a maggiore prevalenza, da confrontare con un campione di italiane

Fattibilità

Verranno coinvolte le ASL con una consolidata esperienza di attività nel percorso nascita e, quindi, con una disponibilità di servizi e risorse umane che permetta l'attivazione del POMI-percorso nascita impegnando il minimo indispensabile delle risorse. Il ruolo della consulenza ISS consiste nella razionalizzazione delle attività per aumentarne l'efficacia e per riorientare la capacità di raggiungere la popolazione bersaglio, riducendo il rischio di escludere le sezioni di popolazione a maggior deprivazione sociale. Attualmente si è spesso in presenza del paradosso che si fa troppo ma non si fa abbastanza:

si fa troppo di non indispensabile e talvolta di inappropriato, come nel caso dello screening per il rischio della depressione post partum;

non si fa abbastanza non coinvolgendo sezioni di popolazione femminile esposte a maggiore deprivazione sociale o non facendo tutto quello che è raccomandato.

Il tradizionale modo di organizzare le attività, viste esse stesse come "obiettivi", con la conseguente assunzione che le attività siano efficaci di per sé fa trascurare l'esigenza che la capacità operativa dei servizi abbia un impatto di sanità pubblica, nel senso che non basta osservare l'effetto dell'intervento riguardo le persone coinvolte (valutazione comunque da fare e non sempre effettuata) ma che è necessario aver coinvolto le persone "giuste" (popolazione bersaglio) con azioni efficaci per avere un impatto di sanità pubblica, impatto apprezzabile con adeguati indicatori di valutazione.

Riguardo l'indagine il proponente ha recentemente realizzato uno studio sulle IVG tra le donne immigrate. Si propone un modello operativo simile a quello già impiegato, coinvolgendo centri nascita distribuiti sul territorio nazionale, che presentano una più consistente frequenza di nascite da cittadine straniere. Per evidenti motivi di economicità verranno selezionate le partorienti di nazionalità est-europea, sudamericana, rumena, marocchina, filippina e cinese, che costituiscono i gruppi più prevalenti. Per un ulteriore confronto a queste verrà affiancato un campione di italiane.

Criticità

Gli operatori di sanità pubblica sono formati generalmente secondo il modello paternalistico direttivo, anche se quelli consultoriali molto di meno, sia per la contaminazione di professionalità diverse sia per la natura del setting operativo, completamente alternativo a quello ospedaliero, oppresso dall'urgenza e dalla pressione della richiesta di servizio. Le indagini dell'ISS dimostrano che le donne gradiscono di più i servizi consultoriali a cui, peraltro, sono associati migliori esiti. L'approccio paternalistico direttivo si ritiene possa essere messo in discussione dall'applicazione sistematica della valutazione con adeguati indicatori di processo e di risultato, oltre che di esito. Tale assunzione è particolarmente vera quando si ha a che fare con programmi di promozione della salute, dove il modello della partecipazione e dell'empowerment è la condizione essenziale per avere impatto di sanità pubblica. La continua riflessione critica per migliorare gli indicatori, soprattutto nel confronto tra pari, farà maturare la consapevolezza che l'approccio paternalistico produce minore qualità, rispetto all'approccio della partecipazione e dell'empowerment, secondo lo spirito del POMI.

Riguardo l'indagine non esistono criticità per le risorse disponibili (impiego di mediatici culturali)

Obiettivo generale

Dimostrare la fattibilità e l'impatto di sanità pubblica del POMI con particolare riferimento al percorso nascita.

Stimare i bisogni di salute delle donne immigrate nel percorso nascita

Obiettivo specifico 1 (percorso nascita)

Ottenere che più del 50% delle ASL / distretti arruolati raggiungano gli standard degli indicatori di processo, di risultato e di esito del modello operativo di percorso nascita previsto dal POMI (a tal proposito si allega una scheda sugli indicatori della progetto operativo POMI adattato alle realtà locali)

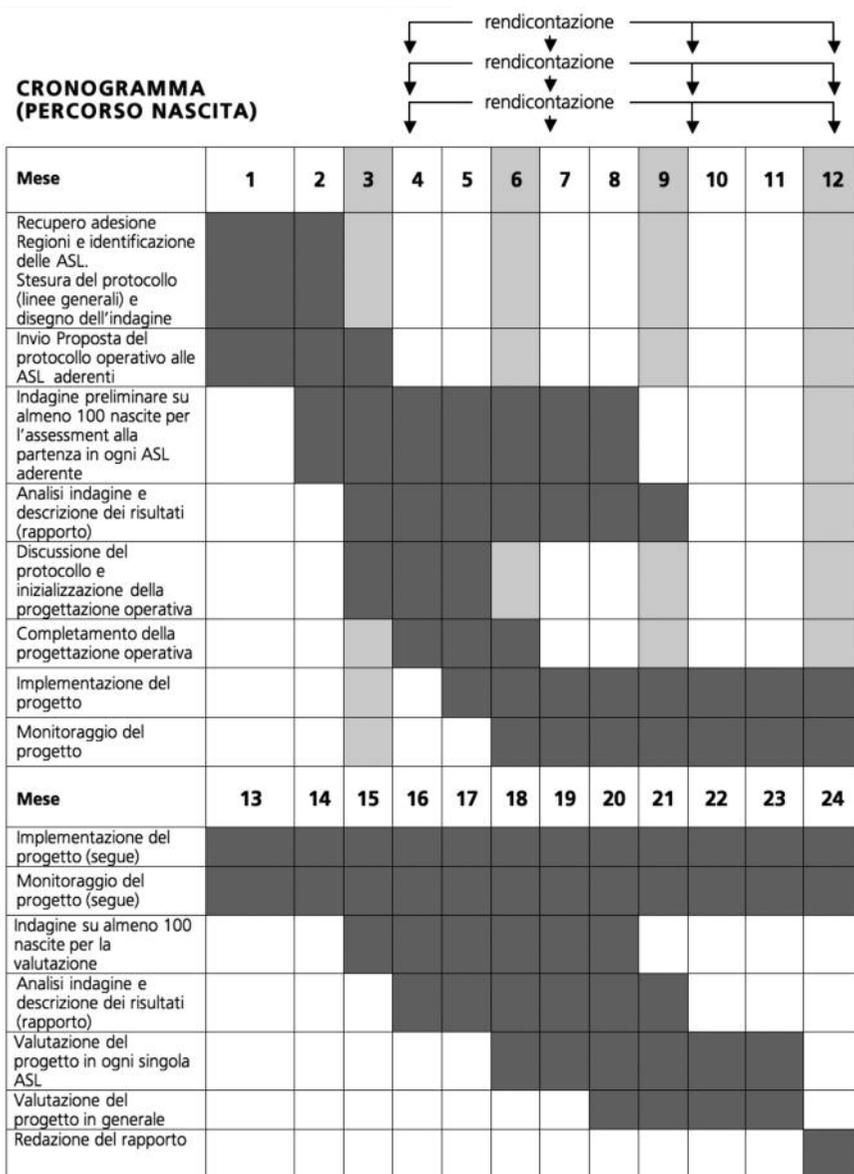
Obiettivo specifico 2 (indagine)

Stimare, nella popolazione immigrata che affronta il percorso nascita, i principali indicatori relativi al percorso nascita (%prima visita entro il primo trimestre di gravidanza, % partecipante a corsi/incontri di accompagnamento alla nascita, % nati pretermine, %nati basso peso, % cesarei, % allattanti al seno in modo esclusivo alla dimissione, ecc) con una precisione migliore del 5%, e i fattori associati alla loro variazione, anche in confronto con un campione di cittadine italiane partorienti.

PIANO DI VALUTAZIONE PER OGNI OBIETTIVO SPECIFICO (PERCORSO_NASCITA)

Obiettivo generale

Obiettivo specifico	Ottenere che più del 50% delle ASL /distretti arruolati raggiungano gli standard degli indicatori di processo, di risultato e di esito del modello operativo di percorso nascita previsto dal POMI (a tal proposito si allega una scheda sugli indicatori della progetto operativo POMI adattato alle realtà locali)	
Indicatore di risultato	n. ASL/distretti che raggiungono gli standard di almeno uno degli indicatori di processo, risultato ed esito del modello operativo del percorso nascita previsto dal POMI	
Standard di risultato	Almeno il 50% delle ASL /distretti raggiunge gli standard previsti	
Azione	Indicatore/i di processo	Standard di processo
Recupero adesione Regioni e identificazione delle ASL interessate e candidate sulla base dell'esperienza pregressa	N regioni che aderiscono n. ASL interessate n. ASL selezionate	80% delle Regioni Almeno una per regione aderente Almeno una per regione aderente
Invio Proposta del protocollo operativo per l'offerta attiva dei servizi previsti dal POMI e per la valutazione	N. ASL che accettano lo schema di protocollo	Il 90% di quelle selezionate
Indagine preliminare su 100 nascite per l'assessment alla partenza (se dati non disponibili)	n. Asl che realizzano l'indagine tra quelle che ne hanno bisogno	tutte
Discussione del protocollo e inizializzazione della progettazione operativa in ogni singola ASL	n. ASL che completano il quadro indicativo delle risorse e delle attività attinenti il percorso nascita	tutte
	n. ASL che si impegnano ad applicare il POMI in tutte le fasi (prematrimoniale, gravidanza, nascita e puerperio) o in parte (almeno due delle quattro fasi)	tutte
Completamento della progettazione operativa in ogni singola ASL	n. Asl che completano la progettazione operativa	tutte
Implementazione del progetto in ogni singola ASL	n. Asl che implementano il progetto	tutte
Monitoraggio del progetto in ogni singola ASL	N Asl che monitorizzano il progetto	tutte
Indagine su 100 nascite per la valutazione	n. Asl che realizzano l'indagine	tutte
Valutazione del progetto in ogni singola ASL	N. ASL che valutano il progetto	tutte
Valutazione del progetto in generale		
Redazione del rapporto		



Programmazione operativa e piano finanziario (percorso nascita)

L'implementazione del POMI, percorso nascita, può essere realizzata nelle ASL interessate in cui si abbia una consolidata esperienza riguardo il percorso nascita (almeno per quanto attiene i corsi di accompagnamento alla nascita (CAN) effettuati dai consultori familiari, in quanto le indagini dell'ISS mostrano queste attività associate a maggiore soddisfazione delle donne e migliori esiti). L'implementazione scientificamente controllata dipende dalla constatazione che quasi ovunque si osserva una carenza di offerta attiva [usualmente la percentuale di donne meno istruite (\leq media inferiore) che frequentano i CAN è circa la metà rispetto a quanto accade per le più istruite (\geq media superiore)] e, soprattutto, una carenza di valutazione dell'efficacia e dell'impatto dell'intervento.

Riguardo il puerperio frequentemente ci si limita a offrire assistenza alle donne che hanno frequentato i CAN e che si presentano spontaneamente e raramente viene valutato lo stato di allattamento esclusivo al seno, come indicatore sintetico della qualità del percorso nascita, alla dimissione (o rientro a casa) e almeno a tre mesi. Nella progettazione operativa si cercherà di omogeneizzare e integrare quanto più è possibile i servizi territoriali (Consultori in primis e medici di m.g. e pediatri di l.s.) con i centri nascita, anche se appare evidente la difficoltà a modificare assetti strutturali del centro nascita, in contrasto con le raccomandazioni (uno per tutti: il rooming in). Le ASL con le risorse assegnate potrebbero, se necessario, promuovere corsi UNICEF per l'allattamento al seno e attivare momenti di riflessione sulla conduzione dei CAN.

Per quanto attiene l'offerta attiva, l'obiettivo è ridurre la differenza di partecipazione ai CAN per livello di istruzione a meno del 5%, portando la partecipazione all'80% delle primipare. Nel puerperio l'obiettivo è di coinvolgere almeno in un incontro in puerperio il 70% delle mamme, il 90% di quelle che hanno frequentato i CAN, anche in questo caso con differenze trascurabili per livello di istruzione.

I medici di m.g. sono generalmente coinvolti per primi, non fosse altro per la prescrizione delle analisi di routine raccomandate. Loro potrebbero richiedere l'adesione delle donne a un invito a partecipare ai CAN (chiedendo conseguentemente il n. telefonico da trasmettere ai consultori per l'invito). Potrebbero anche prenotare presso il centro pubblico accreditato (che è in grado di calcolare il carico di lavoro minimo per unità di tempo a partire dalla conoscenza del numero di parti nell'unità di tempo) la prima ecografia.

Il coinvolgimento delle donne nei CAN a settimane gestazionali più precoci (non più tardi della 15-20esima settimana di gestazione) dovrebbe far aumentare l'adesione e far diminuire il numero di ecografie superflue. In questo modo si potrebbe aumentare la consapevolezza delle donne su quanto è raccomandato e su quanto non lo è, con auspicabile riduzione del numero di ecografie effettuate (riduzione di almeno il 10% della percentuale che effettua più di 4 ecografie).

Il raccordo con il centro nascita dovrebbe favorire una gestione del travaglio lasciando alla donna un ruolo attivo e ciò dovrebbe determinare un minor ricorso al taglio cesareo e una maggiore prevalenza di allattati esclusivamente al seno (almeno l'80% con standard 90%), avendo avuto cura di favorire l'attaccamento immediato (almeno il 60% entro due ore dal parto, standard 80%) e di rispettare quanto più possibile i 10 passi UNICEF (Ospedale Amico dei Bambini), in particolare l'osservazione della poppata (almeno l'80%) e il counselling sull'allattamento (almeno il 90%) a tutte le donne che desiderano allattare al seno.

Nei centri nascita (e per chi partorisce altrove attraverso l'anagrafe comunale o quella sanitaria) può essere chiesta l'adesione (con lo stesso meccanismo precedentemente descritto per i medici di m.g.) per essere invitate a un incontro in consultorio o a domicilio entro un mese dalla nascita (attesa una adesione almeno del 70%, del 90% per chi ha frequentato i CAN). Sulla base dell'incontro si stabilisce la frequenza, anche telefonica, dei successivi contatti, sempre rispettando il principio dell'offerta attiva. Su base campionaria, previa adesione della madre (non inferiore al 90%), si può rilevare lo stato di allattamento alla dimissione, o al rientro a casa e, a tre mesi (allattamento esclusivo almeno 60% a tre mesi, 50% a sei mesi, allattamento comunque al seno 50% a un anno).

L'indagine effettuate alla nascita (alla dimissione o in prossimità del rientro a casa, con adesione non inferiore al 90%) permette di stimare, oltre allo stato di allattamento, l'esposizione ai servizi e alle pratiche raccomandate e non e alla modalità del parto e come l'esposizione è associata allo stato di allattamento.

Nella progettazione operativa si provvederà a sondare la possibilità di offerta attiva di counselling prematrimoniale (inclusa l'importanza dell'acido folico e delle al-

tre forme della prevenzione primaria) alle coppie che si sposano (a partire dalle pubblicazioni in comune) con una accettazione iniziale non inferiore al 50%, standard 80%).

Verranno verificate le possibilità di attivare momenti di coinvolgimento della popolazione partendo dalla stimolazione di riflessioni sulla nascita (con particolare focalizzazione sugli aspetti della prevenzione primaria: vaccinazione contro la rosolia, corretta assunzione di acido folico, ecc) nelle scuole, al fine di promuovere consapevolezza nelle generazioni che in un non lontano futuro esprimeranno il desiderio di formare una famiglia e mettere al mondo figli. Le riflessioni e le ricerche potranno essere la base per attivare riflessioni nella comunità attraverso l'organizzazione di incontri organizzati dalle autorità comunali e/o da associazioni culturali e centri anziani, con gli studenti in veste di "docenti". Aver attivato almeno una iniziativa in tal senso sarà un indicatore prezioso della capacità dei servizi della ASL di coinvolgere la comunità per riflettere sulle convinzioni consolidate, sulla loro corrispondenza alle prove scientifiche, sulle variazioni nel tempo e nello spazio della cultura della nascita.

Per quanto detto, si può desumere quali indicatori verranno considerati per valutare la qualità dell'implementazione del percorso nascita in ogni ASL partecipante. A ogni ASL verranno trasferiti in media 20000€, nell'ipotesi di adesione di 50 ASL/Distretti, in caso di un minor numero di adesioni il contributo verrà aumentato di conseguenza. Il trasferimento avverrà per il 62.5% all'adesione formalizzata (pari a 625000€ primo anno) e per il resto alla conclusione della prima indagine di valutazione (pari a 375000€ il secondo anno)

A livello centrale dovranno essere elaborati gli schemi di protocolli operativi, dovrà essere assicurata la consulenza sul campo (per la progettazione operativa in ogni ASL e l'analisi dei dati delle due rapide indagini per valutare lo stato di partenza e le modificazioni indotte dall'implementazione). Verranno organizzati workshop (il primo anno, 15000€ per workshop) di tre giorni ciascuno: uno di riflessione sulle esperienze di corsi di accompagnamento alla nascita, uno sulla progettazione operativa degli interventi nell'ambito del percorso nascita, a cui verranno invitati delegati delle ASL aderenti. Verranno effettuate missioni in ogni ASL (almeno una) per sostenere la progettazione operativa e l'implementazione in loco: 20000€ il primo anno e 33000€ il secondo.

Verranno stampati opuscoli sull'allattamento al seno (46000€ il primo anno, 40000€ il secondo anno) e predisposto un software per le indagini di assessment.

Verrà organizzato un convegno per la discussione del rapporto finale (15000€, secondo anno).

Per funzionamento e attrezzature si prevede di impegnare per il primo anno 36000€ e per il secondo anno 29000€.

Una unità di segreteria amministrativa verrà arruolata per la gestione amministrativa del progetto (22000€ per anno).

Il contributo per spese generali di Istituto sono di 50500€ per ciascun anno

PERCORSO NASCITA

Risorse	1° anno *	2° anno *	totale
Personale	22000	22000	44000
Beni e servizi	737000	459000	1196000
Missioni	20000	33000	53000
Spese generali	50500	50500	101000
Totale	829500	564500	1394000

PIANO DI VALUTAZIONE PER OGNI OBIETTIVO SPECIFICO (INDAGINE)

Obiettivo generale

Obiettivo specifico	Stimare, nella popolazione immigrata che affronta il percorso nascita, i principali indicatori relativi al percorso nascita (%prima visita entro il primo trimestre di gravidanza, % partecipante a corsi/incontri di accompagnamento alla nascita, % nati pretermine, %nati basso peso, % cesarei, % allattanti al seno in modo esclusivo alla dimissione, ecc) con una precisione migliore del 5%, (10% per le nazionalità meno rappresentate) i fattori associati alla loro variazione, anche in confronto con un campione di cittadine italiane partorienti.	
Indicatore di risultato	n. donne intervistate, per cittadinanza e per centro nascita, che hanno partorito nel tempo necessario per accumulare il campione previsto, sul totale delle donne bersaglio che hanno partorito nel periodo considerato	
Standard di risultato	Rispondenza del 90% per ogni nazionalità e per ogni centro nascita	
Azione	Indicatore/i di processo	Standard di processo
Selezione delle nazionalità e identificazione dei centri	Nazionalità identificate sul totale delle maggiormente prevalenti Centri identificati	10
Bozza di protocollo modalità di indagine, costruzione del questionario, del manuale dell'intervista e della codifica,	bozza di protocollo (con questionario e manuali) da proporre per la condivisione ai centri partecipanti	
condivisione con i centri partecipanti e stesura protocollo definitivo	Protocollo definitivo dell'indagine	
Arruolamento e addestramento intervistatrici	n. Intervistatrici addestrate	
Conduzione dell'indagine	% partorienti intervistate sul totale che ha partorito nel periodo considerato, per centro nascita e per nazionalità	90%
Controllo, codifica e analisi dei dati	% questionari validi	95%
Redazione di rapporti per ogni centro (analisi elementare)	% rapporti per ogni centro	tutti
Redazione rapporto finale	Rapporto finale stampato	

CRONOGRAMMA (indagine)

Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Selezione delle nazionalità e identificazione dei centri												
Bozza di protocollo modalità di indagine, costruzione del questionario, del manuale dell'intervista e della codifica,												
condivisione con i centri partecipanti e stesura protocollo definitivo												
Arruolamento e addestramento intervistatrici												
Conduzione dell'indagine												
Mese	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Controllo, codifica e analisi dei dati												
Redazione rapporti per ogni centro (analisi elementare)												
Redazione rapporto finale e diffusione dei risultati												

rendicontazione

Programmazione operativa e piano finanziario (INDAGINE)

Il campione si intende pseudo probabilistico in quanto si presume di intervistare tutte le donne di nazionalità specificata che partoriscono nel tempo stabilito, utile per avere orientativamente per ogni centro un numero di questionari da compilare pari alla ripartizione delle interviste per nazionalità (sulla base dei dati sulle nascite dell'ultimo anno disponibile), secondo il peso del contributo di ogni centro. In prima istanza verranno coinvolti i centri che vorranno aderire con le seguenti caratteristiche: essere localizzati in zone di alta concentrazione di popolazione immigrata e di avere almeno una nazionalità di quelle selezionate perché in 5 mesi si verifichino almeno 100 parti. Un centro può contribuire con più di una nazionalità se per ognuna in 5 mesi si hanno orientativamente almeno 100 parti. I centri devono garantire la reperibilità delle intervistatrici e delle mediatrici culturali necessarie. Si prevedono circa 1600 interviste quantitative, di cui 1200 divise per le nazionalità identificate: Europa dell'Est (40%, 480), Asia (15%, 180), Sudamerica (15%, 180), Africa del Nord (30%, 360), oltre a 400 di nazionalità italiana. Accanto a queste, sono previste circa 100 interviste in profondità (indagine qualitativa). Le 400 interviste di nazionalità italiana verranno ripartite per ogni centro in modo tale da rispettare la distribuzione delle nascite per territorio di riferimento del centro/i considerato/i. Si prevede orientativamente di coinvolgere centri nascita di Torino, Milano, Monza, Brescia, Vicenza, Mestre, Modena, Firenze, Roma, Pordenone, Perugia. Le interviste verranno somministrate da intervistatrici addestrate. Per ogni intervista quantitativa si prevede un costo di 30€ per intervista di nazionalità estera e di 20€ per nazionalità italiana. Per ogni intervista in profondità (100 di varie nazionalità, in proporzione) si prevede un costo di 120€. Totale previsto di $1200 \cdot 30 + 400 \cdot 20 + 120 \cdot 100 = 36000 + 8000 + 12000 = 56000$ €. Le interviste quantitative verranno effettuate il primo anno e quelle qualitative nel secondo anno. Quindi la spesa prevista per il primo anno è di 44000€, quella per il secondo anno è di 12000€. Per ogni centro collaborante (non più di 15) si prevede un contributo medio per attività di coordinamento locale di 25000€. Il contributo verrà erogato per due terzi

all'accettazione e per un terzo alla consegna dei questionari.

Totale contributi ai Centri nascita, immaginando un coinvolgimento di 15 centri, è $15 \times 25000 = 375000\text{€}$, di cui il primo anno si trasferiranno 250000€ e il secondo anno 125000€ . Le attività dei centri saranno scadenzate nel tempo secondo il cronogramma generale. I compiti di ogni centro saranno quelli indicati nel cronogramma: condivisione del protocollo e del questionario, arruolamento delle intervistatrici, effettuazione delle interviste e controllo delle stesse..

A livello centrale verrà progettata l'indagine in tutte le sue fasi, verrà effettuato l'addestramento delle intervistatrici, (con workshop: 10000€ , primo anno), verrà fatto il controllo della codifica e l'analisi dei dati, verrà redatto il rapporto per ogni centro e quello generale. Verrà infine organizzato un convegno per presentare i risultati (convegno 20000€ , secondo anno.) Sempre a livello centrale si prevede un contributo, da erogare il primo anno, per l'ISTAT: 25000€ per elaborazione dati routinari (SDO, CEDAP) riguardo la nascita tra le donne immigrate, utile per inquadrare l'indagine nello scenario rappresentato dai dati routinariamente disponibili. Il compito dell'ISTAT sarà l'analisi dei CEDAP e SDO per nazionalità per gli ultimi anni disponibili e la redazione di un rapporto da integrare nel rapporto generale.

A livello centrale si prevedono 24 mesi-persona per coordinamento tecnico e analisi dei dati per un costo di 50000€ (25000€ per anno). In generale per la progettazione dell'indagine e, più specificamente per l'indagine qualitativa (progettazione, organizzazione, addestramento e analisi delle interviste in profondità), si prevede l'arruolamento di un antropologo per 24 mesi per un costo di 60000€ (30000€ per anno). Spese di missione per visite ai centri: 10000€ (primo anno).

Totale generale pari a 606000€ . Le intervistatrici verranno pagate con nota di addebito (o fattura se titolari di partita IVA) mentre per l'antropologo e per la persona dedicata al coordinamento tecnico e l'analisi dei dati a livello centrale verrà previsto un contratto di collaborazione. I centri e l'Istat saranno destinatari dei trasferimenti delle quote previste.

Indagine

Risorse	1° anno *	2° anno *	totale
Personale	55000	55000	110000
Beni e servizi	329000	157000	486000
Missioni	10000	-	10000
Totale	394000	212000	606000

Piano Finanziario Generale

Risorse	1° anno *	2° anno *	totale
Personale	77000	77000	154000
Beni e servizi	1066000	616000	1682000
Missioni	30000	33000	63000
Spese generali	50500	50500	101000
Totale	1223500	681500	2000000

Rispetto al piano finanziario allegato alla Convenzione, secondo il quale peraltro nella programmazione operativa sono stati indicati gli impegni finanziari ripartiti secondo le due annualità, si intende nella soprastante tabella, predisposta secondo quanto indicato dal modello CCM:

la voce: personale; la voce: beni e servizi; le voci: attrezzature, funzionamento, pubblicazioni, convegni e corsi, trasferimenti a enti

la voce missioni; la voce spese generali; le voci: servizi e spese generali ISS.

**RELAZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE AL PARLAMENTO
SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLA LEGGE
CONTENENTE NORME IN MATERIA
DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA
(LEGGE 19 FEBBRAIO 2004, N. 40, ARTICOLO 15)
- ANNO 2006 -**

Roma, 28 giugno 2007

PRESENTAZIONE

La presente Relazione, terza in ordine di tempo, è redatta ai sensi dell'art. 15, comma 2 della legge 19 febbraio 2004, n. 40; tale articolo prevede che il Ministero della Salute presenti annualmente al Parlamento la Relazione sullo stato di attuazione della legge in materia di procreazione medicalmente assistita (PMA).

La Relazione prende in considerazione gli interventi attivati, nel corso del 2006, a livello centrale e regionale e l'analisi da parte dell'Istituto Superiore di Sanità, ai sensi dell'art. 15, comma 1 della medesima legge, dei dati sull'attività delle strutture autorizzate all'effettuazione delle tecniche di PMA, riferita all'attività dell'anno 2005.

Rimandando alla lettura complessiva della Relazione, si sottolinea l'importanza della parte relativa alle attività di ricerca che sono state promosse e finanziate in applicazione dell'art. 2, comma 1, della legge 40/2004, che prevede "Interventi contro la sterilità e infertilità".

L'applicazione di questo articolo della legge è considerata elemento qualificante dell'attività di questo Ministero, anche in relazione al dato significativo che in Italia le pazienti arrivano in età avanzata ad una diagnosi di infertilità.

La prevenzione primaria delle cause della infertilità, l'informazione corretta alle donne e alle coppie che accedono alle tecniche di procreazione assistita, le campagne di informazione rivolte a tutta la popolazione, a partire dai giovani, e, più in generale, la tutela della salute riproduttiva, sono obiettivi di salute pubblica che intendiamo promuovere e in questo senso è già all'esame di questo Ministero uno specifico programma di azioni definito "Piano nazionale di prevenzione della infertilità".

In relazione, poi, all'analisi dei dati relativi all'anno 2005 riportati nella Relazione, raccolti ed elaborati dal Registro nazionale delle strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche PMA, degli embrioni formati e dei nati a seguito dell'applicazione delle tecniche medesime, al fine non solo di una valutazione epidemiologica, ma anche di una valutazione della efficacia e sicurezza delle tecniche utilizzate, si sottolineano i seguenti elementi.

Ai sensi dell'art. 2, comma 4 del Decreto Ministeriale del 7 ottobre 2005 pubblicato sulla Gazzetta ufficiale N. 282 del 3 dicembre 2005, i 276 centri italiani autorizzati dalle proprie regioni di appartenenza all'applicazione delle tecniche PMA hanno inviato all'Istituto Superiore di Sanità i loro dati in forma obbligatoria. Anche i 54 centri della regione Lazio, nonostante la carenza legislativa di autorizzazione, prevista dall'art. 10, comma 2 della legge n. 40/2004, hanno trasmesso i dati all'Istituto Superiore di Sanità, ai sensi dell'art.5 del citato D.M.. I dati dei 330 centri, 132 di I livello e 198 di II e III livello, sono stati raccolti con una copertura dell'89%.

Nella presente Relazione, pertanto, abbiamo a disposizione per la prima volta i dati ufficiali del Registro nazionale, relativi all'applicazione delle tecniche di PMA effettuate nel nostro paese nell'anno 2005.

Occorre altresì rilevare che la raccolta dei dati viene effettuata in forma aggregata, sebbene il sistema di rilevazione messo a punto dall'Istituto Superiore di Sanità sia

in grado di raccogliere i dati sia ciclo per ciclo che in forma aggregata. Utilizzare dati solo in forma aggregata permette di descrivere il fenomeno, ma non permette di formulare alcuna inferenza sulle osservazioni effettuate in termini di sicurezza e di efficacia delle tecniche utilizzate. Per questo motivo, tutti i Registri nazionali che raccolgono i dati sulle tecniche di riproduzione assistita, sia in Europa che negli Stati Uniti, in Sud America, in Australia e Nuova Zelanda, raccolgono i dati su ciclo singolo. Infatti, la raccolta dati disaggregata, ciclo per ciclo, permette di stimare l'associazione fra singolo trattamento, caratteristiche della coppia ed esito.

A tutt'oggi, non essendo sufficiente superare le obiezioni del Garante della Privacy attraverso uno specifico Decreto Ministeriale, per introdurre tale modifica nella raccolta dei dati risulta necessario predisporre un provvedimento legislativo, al fine di una più corretta valutazione di efficacia e sicurezza dei protocolli terapeutici e delle tecniche utilizzate, in relazione alle caratteristiche biomediche-cliniche (tipo di infertilità, patologie pregresse etc.) e psicosociodemografiche (età, residenza, occupazione etc.) della coppia.

Occorre infine rilevare che persiste una perdita rilevante di informazione sugli esiti delle gravidanze, che i centri non sono ancora in grado di comunicare per problemi organizzativi interni, che limita la validità delle risposte che il Registro può offrire in termini di analisi sulla reale efficacia e sulla sicurezza dell'applicazione delle tecniche.

Rimandando alla lettura complessiva dei dati dell'anno 2005, se ne evidenzia una sintesi.

Con tecniche di inseminazione semplice:

sono state trattate 15.770 coppie, iniziati 26.292 cicli e ottenute 2.805 gravidanze. Le gravidanze di cui si conosce l'esito sono 1.464; i parti sono stati 1.114 (il 76.1% delle gravidanze con esiti noti); gli esiti negativi (aborto spontaneo o terapeutico, morte intrauterina, gravidanza ectopica) sono stati 350 (il 23.9%). I bambini nati vivi sono 1.291.

Con tecniche a fresco di fecondazione assistita:

sono state trattate 27.254 coppie, iniziati 33.244 cicli e ottenute 6.243 gravidanze. Le 3.603 gravidanze di cui si conosce il follow-up sono esitate in 2.680 parti (74.4%) e in 950 esiti negativi (26.4%). I bambini nati vivi sono 3.385.

Con tecniche di scongelamento di embrioni o di ovociti:

sono stati iniziati 4.049 cicli; sono state ottenute 451 gravidanze (194 con embrioni e 257 con ovociti scongelati); di 325 si conosce il follow-up e sono esitate in 239 parti con 89 esiti negativi (27.4%); i bambini nati vivi sono stati 264.

Più in particolare, tra i dati complessivi dell'anno 2005, si sottolineano quelli relativi alle tecniche a fresco FIVET e ICSI, per le loro significative evidenze, anche al fine di valutare quello che effettivamente sta avvenendo a seguito dell'applicazione della legge 40/2004. Si sottolinea che la tecnica GIFT è ormai quasi inutilizzata (solo 41 cicli di trattamento pari allo 0.1% dei cicli totali con 8 gravidanze ottenute). Questo comporta che la sua influenza come procedura sui risultati ottenuti sia irrilevante.

Con tecniche a fresco:

i cicli iniziati sono stati 33.244; il 62.2% rientra nel Sistema Sanitario Nazionale, il 37.5% del costo dei cicli è a totale carico delle coppie in quanto svolto in centri privati; nel Centro e nel Sud la proporzione di cicli effettuati presso centri privati è estremamente più elevata che nelle regioni del Nord (questo dato giustifica il fenomeno della migrazione delle coppie da una regione all'altra e da un centro ad altro). Il 27.1% dei cicli iniziati è con tecnica FIVET, il 72.8% con tecnica ICSI. Il mo-

tivo di quest'ultimo dato resta da approfondire, poiché risulta superiore a quello atteso, anche considerando i dati della letteratura internazionale.

I cicli sospesi sono stati 3.864 (l'11.6% di quelli iniziati), di cui il 68.7% per mancata risposta alla stimolazione.

Dei 209.236 ovociti prelevati, il 36.8% sono stati inseminati, il 12.2% sono stati crioconservati e il 51.1% sono stati 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. Rispetto all'altissima percentuale di ovociti scartati, si sottolinea il nesso causale con quanto stabilito dall'art. 14 della legge 40/2004, poiché, indicando in tre il numero massimo di embrioni da produrre e da trasferire in un unico e contemporaneo impianto, si impone un limite indiretto al numero massimo di ovociti da fecondare.

I cicli interrotti dopo il prelievo e prima del trasferimento sono stati 3.943 (pari al 13.4% dei prelievi). Il 48.5% dei cicli interrotti è per mancata fecondazione.

Poiché non sono disponibili dati raccolti ciclo per ciclo, non è possibile conoscere un dato invece assolutamente necessario per la valutazione degli effetti delle tecniche in relazione allo stato di salute delle donne. A seguito dell'interruzione dei cicli, infatti, dovremmo sapere quante donne abbiano deciso di ripetere le tecniche di procreazione assistita, sottoponendosi ad una successiva stimolazione.

I trasferimenti effettuati con embrioni prodotti sono stati 25.402, di cui il 18.7% con 1 solo embrione, il 30.9% con 2 embrioni e il 50.4% con 3 embrioni. Più della metà dei trasferimenti, quindi, avviene con tre embrioni. Questi dati sono in controtendenza rispetto a molti paesi europei, che sono sempre più orientati a trasferire un solo embrione e con più alto potenziale di sviluppo, in base alle caratteristiche e all'età della donna, al fine di limitare le gravidanze gemellari che sono fonte di patologia perinatale e materna. Si sottolinea, anche qui, il nesso causale tra questi dati e quanto previsto dall'art. 14 della legge 40/2004, che impone il trasferimento di tutti gli embrioni prodotti.

Le gravidanze ottenute sono state 6.243, la percentuale di gravidanze relative ai prelievi è stata del 21.2%, quella delle gravidanze relative ai trasferimenti effettuati del 24.5%.

Rispetto al genere di gravidanze, le gravidanze trigemine ottenute con tecniche a fresco nel 2005 hanno registrato una percentuale, tra ICSI e FIVET, del 3.3%.

I parti trigemini, con tecniche FIVET e ICSI, sono il 2.7%

Si sottolinea che non è possibile conoscere l'associazione di queste percentuali con l'età delle pazienti, in particolare con età inferiore a 35 anni. Questo dato, viceversa, risulta essenziale per una corretta valutazione dell'efficacia e sicurezza delle tecniche.

Gli esiti negativi delle gravidanze con follow-up sono stati del 26.4%.

Inoltre, al fine di esplicitare gli effetti dei cambiamenti intervenuti a seguito all'applicazione della legge 40/2004, per effettuare quindi un confronto tra l'anno 2003 e l'anno 2005, tra la situazione prima e dopo la legge, si allega la tabella fornita dall'ISS ("Indagine retrospettiva Registro Nazionale Italiano PMA" Dati 2003).

Con tecniche FIVET e ICSI, confronto dati 2003-2005:

analizzando i risultati riferiti solo alle tecniche a fresco FIVET e ICSI negli anni 2003 e 2005, si possono dedurre le seguenti considerazioni.

- Confrontando le percentuali di gravidanze ottenute nel 2005 (il numero totale delle gravidanze non è un dato confrontabile, in quanto nel 2003 operavano solo 120 centri e invece nel 2005 169 centri e in quanto anche le pazienti erano 17.125 nel 2003, mentre nel 2005 erano 27.254. Quindi il valore assoluto di 6.235 gravidanze ottenute nel 2005 rispetto a 4.807 nel 2003 potrebbe

esprimere un aumento che in realtà non avviene) notiamo una significativa riduzione rispetto all'anno 2003. Le percentuali di gravidanze rapportate ai prelievi effettuati passano dal 24.8% nel 2003 al 21.2% nel 2005, con una riduzione di 3.6 punti percentuali. Se consideriamo la differenza percentuale, questa riduzione rappresenta il 14.3% del valore dell'indicatore riferito all'anno 2003. Applicando, inoltre, le percentuali di gravidanze ottenute nell'anno 2003 sui prelievi effettuati, ai prelievi eseguiti nell'anno 2005, si evince come la perdita ipotetica nell'applicazione delle tecniche a fresco ammonti a 1.041 gravidanze.

- Rispetto alla totalità dei prelievi effettuati, osserviamo che nel 22.5% dei casi o non si arriva alla fase del trasferimento per mancanza di embrioni, o si giunge a trasferire un solo embrione. Il numero di trasferimenti effettuati con un solo embrione è passata dal 13.7% dei trasferimenti del 2003 al 18.7% di quelli del 2005. Dove nel 2003 il trasferimento di un singolo embrione poteva avvenire per decisione del medico in base alle caratteristiche della paziente, nel 2005 avviene invece frequentemente per mancanza di altri embrioni prodotti da trasferire. Ed 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.
- Circa l'80% dei trasferimenti viene effettuata trasferendo più di un embrione, non potendo decidere il numero degli embrioni da trasferire in base alle caratteristiche cliniche e all'età della singola paziente. Nel 2003, come riferito dall'Istituto Superiore di Sanità, la percentuale di parti plurimi (parti gemellari, trigemini e multipli) era pari al 22.7%, contro il 24.3% ottenuto nel 2005. Inoltre, rispetto alla percentuale dei parti trigemini, possiamo osservare che, mentre nei paesi europei tale percentuale mostra una costante riduzione nel tempo, questo non avviene nel nostro paese. Inoltre, il dato italiano del 2005 pari al 2.7% per le tecniche FIVET e ICSI risulta ben superiore al dato raggiunto in Europa già nel 2003 pari all'1.1%.
- Un ulteriore dato è quello dell'aumento degli esiti negativi delle gravidanze: si passa infatti dal 23.4% di gravidanze ottenute con tecniche a fresco che si interrompono e non giungono al parto nell'anno 2003 (per aborti spontanei, morti intrauterine, gravidanze ectopiche), al 26.4% nell'anno 2005. L'aumento degli esiti negativi delle gravidanze è direttamente correlato all'obbligo di impianto di tutti gli embrioni previsto dalla legge 40/2004.

Inoltre, sempre in relazione al confronto delle percentuali di gravidanze ottenute con l'applicazione delle tecniche a fresco negli anni 2003 e 2005, in ausilio ad una valutazione che sia statisticamente più attendibile e il meno possibile inficiata dalle possibili oscillazioni dovute alla diversa esperienza dei centri nell'applicazione delle tecniche, alle differenze nei protocolli applicati, nel reclutamento delle pazienti, presentiamo anche i dati (riportati nella tabella allegata) che l'Istituto Superiore di Sanità ha analizzato, considerando solo i centri partecipanti ad entrambe le raccolte dati (96 centri).

Confronto dati 2003-2005 di 96 centri:

anche questa seconda analisi conferma la tendenza osservata sulla totalità dei centri. Vi è infatti anche in questo gruppo una riduzione dell'efficacia dell'applicazione delle tecniche di riproduzione assistita, statisticamente significativa. Dalla tabella che alleghiamo alla presente Relazione, infatti, si nota come, confrontando le percentuali di gravidanze ottenute con le tecniche FIVET e ICSI si sia registrata, tra il 2003 e il 2005, una riduzione assoluta delle percentuali di gravidanze rapportate ai prelievi effettuati pari al 2.7%, passando dal 25.4% al 22.7%. Questa riduzione, espressa in termini percentuali, rappresenta il 10.5% del valore dell'indicatore riferito al-

l'anno 2003. Applicando le percentuali di gravidanze del 2003 al numero dei prelievi eseguiti nel 2005, in questi 96 centri si sarebbero potute ottenere, ipoteticamente, 443 gravidanze in più. Riduzioni simili si ottengono anche rapportando le gravidanze ottenute ai cicli iniziati ed ai trasferimenti effettuati. Queste differenze risultano tutte statisticamente significative, ovvero non attribuibili alla casualità, bensì ad una variazione strutturale del fenomeno.

Infine, in conclusione, dal confronto complessivo dei dati relativi alle tecniche a fresco, negli anni 2003 e 2005, emerge che la situazione precedente la legge 40/2004 è stata significativamente modificata dall'applicazione della legge.

Rispetto alla situazione precedente la legge:

è avvenuta una diminuzione delle percentuali di gravidanze, con conseguente diminuzione di bambini nati;

è più elevata la percentuale di trattamenti che non giungono alla fase del trasferimento o con bassa possibilità di successo (trasferimento di un embrione non elettivo);

il numero di ovociti inseminati è minore, ma il numero di embrioni trasferiti è superiore;

più elevata è 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.

Si sottolinea, infine, come riportato nella Relazione, che è ormai prossima la pubblicazione dei risultati del progetto di ricerca finanziato e affidato all'Istituto Superiore di Sanità: "Studio sull'efficacia e sicurezza delle tecniche di Procreazione Medicalmente assistita: comparazione dei cicli effettuati, dei risultati ottenuti e degli esiti dell'applicazione di tali tecniche prima e dopo l'entrata in vigore della legge n. 40/2004". Tale studio, molto atteso, contiene i dati degli anni 2003 e 2005 raccolti per ciclo singolo da 10 dei maggiori centri italiani, pubblici e privati, consentendo così di evidenziare ulteriori significative evidenze in merito all'efficacia delle tecniche, i loro esiti e rischi, rapportati in particolare all'età delle pazienti e alla loro storia riproduttiva

In conclusione, è possibile quindi formulare alcune considerazioni.

Il panorama dell'applicazione delle tecniche PMA, in Italia, è ad oggi ancora molto ampio ed eterogeneo.

Esiste nel nostro paese un numero di centri molto più elevato che in altri paesi europei. Tuttavia, l'offerta delle tecniche appare per certi versi inadeguata. Esistono, anche dopo l'applicazione della legge 40/2004, ancora molti centri di II e III livello che svolgono un numero ridotto e in alcuni casi ridottissimo di procedure nell'arco di un anno. Occorre migliorare la qualità dei servizi da offrire alle coppie, giacché l'esperienza nell'applicazione delle tecniche riveste un ruolo determinante.

L'esistenza di un gradiente Nord-Centro-Sud rispetto ai centri pubblici o privati evidenzia la necessità di un'ulteriore valutazione sui costi a carico delle coppie e sul fenomeno della migrazione delle coppie, da centro a centro, da regione a regione. L'età delle pazienti appare piuttosto elevata. Ne deriva la necessità di sempre più incisive ed efficaci azioni di prevenzione delle cause d'infertilità e anche di specifiche campagne informative alle coppie, infertili e non.

L'analisi dei dati deve essere migliorata, attraverso il massimo recupero possibile della perdita di informazione del follow up delle gravidanze e attraverso la raccolta dei dati in forma disaggregata, ciclo per ciclo, al fine di una migliore valutazione della sicurezza ed efficacia delle tecniche, in particolare rispetto al tema della salute delle donne e dei nati, in relazione a specifiche tipologie di donne e di coppie: donne con età superiore a 35 anni, donne più giovani, coppie con gravissimo fattore di infertilità maschile.

Merita altresì di essere rilevato e analizzato il fenomeno della migrazione delle cop-

pie verso i centri esteri, non solo per ottenere trattamenti che utilizzano la donazione di gameti o la diagnosi genetica preimpianto (vietati dalla legge 40/2004), ma anche per ottenere l'applicazione delle tecniche con la più alta percentuale di successo possibile.

Infine, l'analisi ragionata di questi dati, pur nelle già rilevate limitazioni, esprime significative evidenze che occorre approfondire.

Si auspica che, a tre anni dall'applicazione della legge, si continui a riflettere, con grande rigore e sobrietà, sulla legge medesima, a partire dagli esiti dell'applicazione delle tecniche, al fine di garantire alle donne e alle coppie la migliore efficacia e sicurezza delle tecniche e al fine di garantire al meglio proprio i principi ispiratori dichiarati dalla legge, che sono la tutela della salute delle donne e la tutela degli embrioni.

Livia Turco

AUDIZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE LIVIA TURCO SULLO STATO DI APPLICAZIONE DELLA LEGGE 40/2004 COMMISSIONE AFFARI SOCIALI DELLA CAMERA

Roma, 17 ottobre 2007

Onorevoli Colleghi,

sono lieta di poter svolgere questa audizione in Commissione Affari sociali della Camera sullo stato di applicazione della legge 40/2004 e quindi di avere l'occasione per approfondire una discussione che considero assai rilevante e anche necessaria.

Nell'introduzione alla Relazione sull'applicazione della legge 40/2004, concludevo: "a tre anni dall'applicazione della legge, si continui a riflettere, con grande rigore serietà, sulla legge medesima, a partire dagli esiti dell'applicazione delle tecniche, al fine di garantire alle donne e alle coppie la migliore efficacia e sicurezza delle tecniche e al fine di garantire al meglio proprio i principi ispiratori dichiarati dalla legge, che sono la tutela della salute delle donne e la tutela degli embrioni."

Questo era e resta il mio auspicio, nella consapevolezza che la responsabilità di Ministro della salute mi impone la lealtà istituzionale del rispetto e dell'applicazione di una legge dello Stato e quella della tutela di principi costituzionali intangibili.

Conosco le sensibilità, le culture, gli approcci diversi che sono presenti tra di noi e anche nella società nel suo insieme, che sono stati e continuano a essere motivo di profonde divisioni e lacerazioni. Non intendo in questo senso semplificare quello che rimane complesso e difficile.

Il mio auspicio è che si possa e soprattutto si voglia ricercare comunque il confronto e l'ascolto reciproco, premessa ineludibile per ricostruire le condizioni di un pensiero pubblico, tanto più necessario quanto ancora inadeguato e di una "ragione pubblica" capace di rispondere alle sfide inedite che le scoperte tecnologiche e scientifiche consegnano a tutti noi, attraversando la quotidianità delle vite concrete delle persone, dalla nascita, alla malattia, fino alla morte.

È sempre più necessaria un'elaborazione sociale, collettiva, perché profondi e inediti sono i cambiamenti. Gli sviluppi tecnologici e scientifici rappresentano una straordinaria occasione di progresso umano, ma contengono anche rischi e criticità, a partire dagli scenari possibili di nuove disuguaglianze e discriminazioni perché l'accesso alle scoperte biotecnologiche è precluso a miliardi di persone nel mondo; dalla possibilità che sia l'offerta tecnologica a prevalere e non il bisogno delle persone; dalla trasformazione della possibilità di scelta delle persone in afasia dei soggetti; dallo spaesamento possibile delle coscienze di fronte ai mutamenti nella stessa percezione identitaria, antropologica.

Questa complessità e questa profondità va nominata e riconosciuta.

Il mio auspicio resta quello che la politica sappia essere sempre più etica, non imprigionata nella tattica asfittica del giorno per giorno, ma proiettata strategicamente nella continua ricerca di valori alti, di senso, di significato.

Una politica che sappia distinguere tra impossibilità di mediare sull'assolutezza dei principi e dei valori e invece possibilità e necessità di costruire basi comuni per le scelte del bene comune.

Una politica che non abbia bisogno di supplenze nella legislazione etica, ma che confermi la solidità delle radici profonde e comuni di un pensiero democratico, laico, moderno, all'interno di un mondo sempre più multiculturale e multireligioso.

Il mio auspicio è che una discussione sull'applicazione della legge 40 possa far ridare valore al merito dei problemi, alla forza delle evidenze, quando dimostrate e verificate, senza illusorie rassicurazioni di certezze aprioristiche, da qualunque parte esse vengano.

Questo è il mio approccio, questa è la responsabilità che sento di dover mettere in gioco.

Con questa premessa, entrando nel merito della discussione sullo stato di applicazione della legge 40/2004, vorrei oggi sottolineare i punti che ritengo più rilevanti della Relazione, redatta ai sensi dell'articolo 15, comma 2 della legge, presentata al Parlamento il 30 giugno scorso e che è già alla vostra conoscenza.

Il panorama dell'applicazione delle tecniche di PMA in Italia è ad oggi ancora molto ampio ed eterogeneo.

- i centri operanti sono 330 (132 di I livello e 198 di II e III livello). Il numero quindi dei centri è molto elevato, molto più elevato che in altri paesi europei. Tuttavia l'offerta delle tecniche appare per certi versi inadeguata. In molti centri risulta ancora insufficiente l'esperienza nell'applicazione delle tecniche, che risulta condizione rilevante per l'acquisizione di professionalità da parte degli operatori.
- per le tecniche di inseminazione semplice: il 41.45% dei centri tratta meno di 20 pazienti durante l'anno; il 68.7% dei centri meno di 50 pazienti.
- per le tecniche di II e III livello, il 53% dei centri tratta non più di 100 pazienti, soltanto il 5.7% dei centri tratta più di 500 pazienti. Il 65.1% dei centri effettua meno di 200 cicli l'anno; il numero nazionale di cicli per milione di abitanti: 568, si attesta sui valori medio bassi a livello europeo.
- esiste un gradiente Nord-Centro-Sud del paese rispetto ai centri pubblici e privati. I centri privati sono il 53.9% del totale (di cui il 34.8% nel Sud, il 28.1% nel Centro, il 21.9% nel Nord Ovest, il 15.2% nel Nord Est). I centri di II e III livello pubblici e convenzionati sono 97 (su 198). Nel Sud, i centri di II e III livello sono il 33.8%, contro una media di circa il 20% nel resto del paese, e sono in gran parte privati.

Questo è il primo punto che intendo sottolineare, perché è una criticità che deve essere corretta. La qualità dei servizi offerti alle coppie non appare uniforme su tutto il territorio nazionale e occorrono azioni finalizzate al miglioramento della qualità operativa dei centri, al loro monitoraggio, anche prevedendo, in collaborazione con le Regioni, standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di procedura e di esito, collegati alla verifica della effettiva erogazione dei LEA. Occorre un monitoraggio dei costi a carico delle coppie e sul possibile conseguente fenomeno della migrazione delle coppie, da centro a centro, da regione a regione.

La raccolta dei dati :

- i dati sono stati raccolti con una copertura dell'89%
- la raccolta dei dati viene effettuata in forma aggregata e non ciclo per ciclo; questo permette di descrivere il fenomeno ma non permette una corretta valutazione di efficacia e sicurezza dei protocolli terapeutici e delle tecniche utilizzate, in relazione alle caratteristiche biomediche-cliniche (tipo di infertilità, patologie pregresse) e psicosociodemografiche (età, residenza, occupazione etc.) della coppia.
- persiste una perdita rilevante di informazione del follow up delle gravidanze, che limita la validità delle risposte che il Registro può offrire in termini di analisi sulla reale efficacia e sulla sicurezza dell'applicazione delle tecniche.

Anche questo secondo punto è di grande rilevanza.

Occorre introdurre una modifica della raccolta dei dati, in forma disaggregata, ciclo per ciclo, al fine di una migliore valutazione della sicurezza ed efficacia delle tecniche, in particolare rispetto al tema della salute delle donne e dei nati, in relazione a specifiche tipologie di donne e di coppie: donne con età superiore a 35 anni, donne più giovani, coppie con gravissimo fattore di infertilità maschile.

Per superare le obiezioni del Garante della Privacy, occorre predisporre uno speci-

fico provvedimento legislativo, rispetto al quale sollecito una comune responsabilità, della maggioranza e dell'opposizione.

Occorre correggere la perdita di informazione, anche al fine di superare alcune delle obiezioni avanzate alla Relazione, che considero condivisibili, anche se non sufficienti a dimostrare conseguentemente la non ammissibilità di qualsiasi analisi o giudizio sull'applicazione della legge.

Risultati con le tecniche di inseminazione semplice:

- 15.770 coppie trattate.
- il 27.4% delle coppie è affetta da problemi di infertilità maschile, il 21.2% da fattore femminile
- 26.292 cicli iniziati.
- 55.9% dei cicli iniziati: su pazienti con età maggiore o uguale a 35 anni; 16.9% su pazienti con età superiore a 40 anni.
- 2.805 gravidanze ottenute.
- percentuale di gravidanze rispetto ai pazienti trattati: 17.8%
- percentuale di gravidanze ottenute rispetto ai cicli iniziati: 10.7% (per le classi di età superiori a 40 anni: 6.3%)
- gravidanze di cui si conosce l'esito : 1.464 (52.2% di quelle ottenute)
- parti: 1.114 (il 76.1% delle gravidanze con esiti noti).
- esiti negativi (aborto spontaneo o terapeutico, morte intrauterina, gravidanza ectopica): 350 (23.9% delle gravidanze monitorate). Aborti spontanei:21%.
- bambini nati vivi: 1.291.

Si osserva che l'efficacia della tecnica è correlata al parametro età della paziente.

Risultati con tecniche a fresco di fecondazione assistita:

- 27.254 coppie trattate.
- il 35.4% delle coppie è affetta da infertilità maschile; sempre il 35.4% da infertilità femminile; il 13.2% da infertilità idiomatica
- 33.244 cicli iniziati (il 72.8% con tecnica ICSI, superiore a quello atteso, anche considerando i dati della letteratura internazionale).
- il 60.7% dei cicli iniziati è effettuato su coppie con età superiore ai 34 anni
- il 62.2% dei cicli iniziati rientra nel SSN, il 37.5% nei centri privati
- cicli sospesi (quando non si arriva al prelievo degli ovociti): 3.864 (11.6% dei cicli iniziati). Il 68.7% dei cicli sospesi è per mancata risposta alla stimolazione.
- il 53% dei cicli sospesi è relativo a donne con età superiore a 35 anni.
- prelievi ovocitari: 29.345
- trasferimenti ovocitari: 25.402
- ovociti prelevati: 209.236 (36.8% inseminati; 12.2% crioconservati; 51.1% scartati).
- il 47.9% dei centri non ha effettuato alcun ciclo con la tecnica di criopreservazione degli ovociti
- cicli interrotti (dopo il prelievo degli ovociti e prima del trasferimento degli embrioni): 3.943 (13.4% dei prelievi).
- cicli interrotti: il 48.5% per mancata fertilizzazione degli ovociti prelevati; il 26.4% perché nessun ovocita è stato prelevato.
- trasferimenti effettuati con embrioni prodotti: 25.402 (18.7% con 1 solo embrione, 30.9% con 2 embrioni, 50.4% con 3 embrioni).
- gravidanze ottenute: 6.243.
- percentuale di gravidanze relative ai prelievi: 21.2%.
- percentuale di gravidanze relative ai trasferimenti effettuati: 24.5%.
- gravidanze trigemine ottenute con tecniche a fresco ICSI e FIVET: 3.3%.

- gravidanze di cui si conosce il follow-up: 3.603 (esitate in 2.680 parti, pari al 74.4% e in 950 esiti negativi, pari al 26.4%).
- parti trigemini, con tecniche FIVET e ICSI: 2.7%.
- bambini nati vivi: 3.385.

Si osserva che:

- l'età avanzata è un parametro penalizzante per il successo dell'applicazione delle tecniche. Se da una parte risulta quindi molto importante promuovere adeguata e corretta informazione alle donne e alle coppie sulla tutela della salute riproduttiva, essendo l'età avanzata la causa principale della sterilità, è dall'altra parte sempre più necessario promuovere incisive politiche pubbliche per la natalità, a partire dalle politiche sociali e per l'occupazione femminile, per rimuovere le cause che ostacolano l'effettiva possibilità di scelta delle donne rispetto al loro desiderio di maternità.
- il costo delle tecniche a totale carico delle donne è assai rilevante (37.5% dei cicli avviene nei centri privati) e si configura come una possibile fonte di disuguaglianza, anche per la condizione spesso necessitata per le donne di rivolgersi ai centri privati. Occorre monitorare il fenomeno, anche prevedendo conseguenti azioni di programmazione regionale per potenziare l'offerta dei centri pubblici.
- sono ancora molto pochi i centri che effettuano la criopreservazione degli ovociti, sebbene questa metodica possa rappresentare una possibilità di miglioramento delle tecniche. In questo senso vanno implementati progetti di ricerca specifici.
- non esiste attualmente, come ricordato, la possibilità di conoscere il dato di quante donne, a seguito dell'interruzione dei cicli, abbiano deciso di ripetere le tecniche di procreazione assistita, sottoponendosi ad una successiva stimolazione. È un dato viceversa significativo, che dovrà essere considerato, per valutare il "peso" delle tecniche sulla salute delle donne.
- più della metà dei trasferimenti avviene con tre embrioni (in controtendenza rispetto a molti paesi europei, orientati a trasferire un solo embrione, selezionato, con più alto potenziale di sviluppo, in base alle caratteristiche e all'età della donna, al fine di limitare le gravidanze gemellari, fonte di patologia perinatale e materna). Si ricorda che la legge vieta la possibilità di fecondare più di 3 ovociti (per non produrre più di 3 embrioni) e la possibilità del congelamento degli embrioni. Non risulta quindi possibile scegliere tra gli embrioni prodotti quelli più vitali per il miglior successo delle tecniche (congelando i rimanenti prodotti). Si affida al Parlamento la riflessione su questo contenuto del dettato di legge.
- non è possibile attualmente correlare la percentuale di gravidanze e parti trigemini con l'età delle pazienti, in particolare con età inferiore a 35 anni. Questo dato risulta invece essenziale per una corretta valutazione dell'efficacia e sicurezza delle tecniche, essendo l'indicatore dell'appropriatezza delle tecniche rispetto alla tutela della salute delle donne e dei nati.
- la perdita di informazione sul follow up delle gravidanze deve essere corretta, migliorando la capacità di raccolta dell'informazione da parte dei centri e promuovendo la consapevolezza delle coppie che si sottopongono ai trattamenti, al fine di motivarle a collaborare.

Risultati con tecniche di scongelamento di ovociti o di embrioni:

- cicli iniziati: 4.049 (cicli iniziati con scongelamento di embrioni: 1.338 pari al 33%)
- embrioni dopo scongelamento: trasferiti 2.526 (74.6%); non sopravvissuti 858

- (25.4%)
- ovociti dopo scongelamento: inseminati 7.005 (55.2%); degenerati 5.684 (44.8%)
- gravidanze ottenute: 451 (194 con embrioni e 257 con ovociti scongelati).
- gravidanze di cui si conosce il follow-up: 325 (esitate in 239 parti con 89 esiti negativi =27.4%).
- bambini nati vivi: 264.

Si osserva che:

- rispetto all'assai rilevante percentuale, precedentemente rilevata, di ovociti scartati, è certamente da implementare la tecnica di criopreservazione degli ovociti.
- ma la tecnica di scongelamento degli ovociti produce una percentuale assai rilevante di insuccessi (il 55.2% degli ovociti scongelati degenera), risultando quindi impedita fortemente alla donna l'opportunità di non essere ulteriormente sottoposta a successiva stimolazione.
- vietando la legge il congelamento degli embrioni, è impedita alla donna la possibilità di utilizzare cicli da scongelamento di embrioni, che avrebbero viceversa più alte percentuali di successo (74.6%).
- contemporaneamente si osserva, però, che lo scongelamento degli embrioni procura in larga parte la loro distruzione e che la tutela della dignità degli embrioni prodotti è non solo obbligo di legge ma anche valore del tutto condivisibile.
- risulta, quindi, questa la criticità più complessa della legge, per la difficoltà di trovare equilibrio tra valori e principi (tutela dell'embrione e tutela della salute della donna), esplicitamente dichiarati nelle finalità della legge. Si evidenzia l'eccessiva rigidità dell'impianto della legge, che non prevede -pur nel rispetto di questi valori e principi- la possibilità di scegliere la tecnica più adeguata al caso singolo, ma che viceversa prevede per tutte le donne e coppie un unico caso
- nelle conclusioni della mia introduzione alla Relazione, come Ministro della salute, al fine del rispetto del principio costituzionale della tutela della salute della donna, ho inteso affidare questa criticità alla riflessione del Parlamento.

Risultati con tecniche FIVET e ICSI, confronto dati 2003-2005:

- nel 2003: 120 centri; nel 2005: 169 centri
- nel 2003: 17.125 pazienti; nel 2005: 27.254 pazienti.
- nel 2003: gravidanze ottenute 4.807; nel 2005: gravidanze ottenute: 6.235
- percentuale di gravidanze rispetto ai prelievi effettuati: nel 2003, 24.8%; nel 2005: 21.2%
- numero di trasferimenti effettuati con un solo embrione: 13.7% nel 2003; 18.7% nel 2005.
- numero di trasferimenti effettuati con 3 o più embrioni nel 2003: 44%; con 3 embrioni nel 2005: 50.4%
- percentuale di parti plurimi (parti gemellari, trigemini e multipli), nel 2003: 22.7%; nel 2005: 24.3%.
- percentuale di parti trigemini, nel 2003: 2.8%; nel 2005: 2.7%
- esiti negativi delle gravidanze (aborti spontanei, morti intrauterine, gravidanze ectopiche) nel 2003: 23.4%; nel 2005: 26.4%.

Si osserva che:

- il numero delle gravidanze appare aumentato, ma l'aumento è relazionato all'aumento del numero dei centri e delle paziente trattate.
- la percentuale di gravidanze rispetto ai prelievi si riduce infatti di 3.6 punti

- percentuali e come differenza percentuale la riduzione rappresenta il 14.3% del valore dell'indicatore riferito all'anno 2003.
- applicando le percentuali di gravidanze ottenute sui prelievi effettuati nel 2003, ai prelievi eseguiti nell'anno 2005, risulta una perdita potenziale di 1.041 gravidanze.
 - il numero dei trasferimenti con un solo embrione è aumentato, ma si osserva che, nel 2003, il trasferimento di un singolo embrione poteva avvenire per decisione del medico in base alle caratteristiche della paziente, nel 2005 avviene invece frequentemente per mancanza di altri embrioni prodotti da trasferire.
 - il trasferimento con un solo embrione non selezionato riduce notevolmente le probabilità di ottenere una gravidanza, soprattutto nelle pazienti con età più avanzata.
 - la percentuale di parti plurimi aumenta e si osserva che il dato relativo ai parti trigemini, pur costante, risulta ben superiore al dato raggiunto in Europa già nel 2003 (2.7% italiano rispetto all'1.1% europeo).
 - aumenta la percentuale di esiti negativi

Risultati 96 centri con tecniche a fresco- Confronto dati 2003-2005:

Per una valutazione statisticamente più attendibile, il meno possibile inficiata dalle oscillazioni dovute alla diversa esperienza dei centri nell'applicazione delle tecniche, alle differenze nei protocolli applicati, nel reclutamento delle pazienti, l'ISS ha considerato soltanto i centri partecipanti sia alla raccolta dei dati del 2003 sia a quella del 2005.

- cicli iniziati nel 2003: 18.867; nel 2005: 18.036.
- prelievi effettuati nel 2003: 16.764; nel 2005: 15.947.
- trasferimenti effettuati nel 2003: 14.946; nel 2005: 13.895.
- gravidanze ottenute nel 2003: 4.257; nel 2005: 3.626.
- percentuali di gravidanze rapportate ai prelievi effettuati, nel 2003: 25.4%; nel 2005: 22.7%.

Si osserva che:

- si conferma la tendenza osservata sulla totalità dei centri.
- si riduce l'efficacia dell'applicazione delle tecniche, in particolare si osserva una riduzione assoluta delle percentuali di gravidanza rispetto ai prelievi del 2.7%. espressa in termini percentuali, questa riduzione rappresenta il 10.5% del valore dell'indicatore riferito all'anno 2003.
- applicando le percentuali di gravidanza del 2003 al numero dei prelievi eseguiti nel 2005, si perdono 443 gravidanze.

Rispetto alla situazione precedente la legge:

- è avvenuta una diminuzione delle percentuali di gravidanze, con conseguente diminuzione di bambini nati;
- è più elevata la percentuale di trattamenti che non giungono alla fase del trasferimento o con bassa possibilità di successo (trasferimento di un embrione non elettivo);
- il numero di ovociti inseminati è minore, ma il numero di embrioni trasferiti è superiore;
- più elevata è 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.

Queste sono le evidenze che ho inteso sottolineare, che sono lieta di discutere e approfondire con voi.

Colgo infine l'occasione di questa audizione per informare gli Onorevoli Colleghi degli interventi effettuati dal Ministero della salute, non ancora a loro conoscenza, in quanto realizzati dopo la data di presentazione della Relazione, il 30 giugno 2007.

Si tratta di Progetti di ricerca (vedi allegato), in applicazione dell'articolo 2 della legge, finanziati utilizzando i fondi stanziati negli anni 2005 e 2006 e non ancora assegnati, cui affido una particolare importanza.

Questi progetti intendono essere già una risposta, anche se parziale, ad alcune evidenze da tutti riconosciute:

- in Italia le pazienti arrivano in età avanzata ad una diagnosi di infertilità e l'età avanzata della donna che accede alle tecniche è motivo di insuccesso delle tecniche medesime; la prevenzione primaria delle cause di infertilità, l'informazione corretta alle donne e alle coppie che accedono alle tecniche di procreazione assistita, le campagne di informazione rivolte a tutta la popolazione, a partire dai giovani, e più in generale la tutela della salute riproduttiva, sono obiettivi di salute pubblica.
- la qualità operativa dei centri va migliorata, anche implementando la ricerca su alcune specifiche metodiche.

In questo senso, sono stati finanziati specifici progetti di ricerca, alcuni dell'Istituto Superiore di Sanità e altri presentati da enti esterni e sottoposti preventivamente alla valutazione di professori esperti nelle materie in cui vertevano i progetti stessi.

I progetti sono finalizzati alla prevenzione e allo studio delle cause dell'infertilità, all'informazione e alla salute riproduttiva dei giovani, alla conservazione della fertilità nei pazienti oncologici, allo studio di procedure innovative per l'identificazione dei fattori etiopatogenetici dell'infertilità maschile, alla valutazione degli effetti delle radiazioni ionizzanti sulla spermatogenesi umana, nonché allo studio della qualità dei gameti, allo studio sulla criopreservazione degli ovociti e sul follow-up dei nati a seguito di queste tecniche, allo studio su cicli singoli di trattamento da tecniche di PMA e sui nati, alla valutazione di polimorfismi genetici correlati con risposta alla stimolazione ovarica controllata e infine allo studio sull'incidenza delle coppie italiane che si rivolgono a centri esteri per l'applicazione di tecniche di PMA.

Ministero della Salute

RELAZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE SULLA ATTUAZIONE DELLA LEGGE CONTENENTE NORME PER LA TUTELA SOCIALE DELLA MATERNITÀ E PER L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA (LEGGE 194/78)

- DATI PRELIMINARI 2006
- DATI DEFINITIVI 2005

Roma, 4 ottobre 2007

Signor Presidente, Onorevoli colleghi, nella presente Relazione vengono illustrati i dati preliminari per l'anno 2006 ed i dati definitivi relativi all'anno 2005 sull'attuazione della legge n. 194 del 1978, che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG).

La Relazione riporta i dati raccolti dal sistema di sorveglianza epidemiologica delle IVG, relativi all'andamento generale del fenomeno, alle caratteristiche delle donne che fanno ricorso all'IVG, alle modalità di svolgimento dell'IVG.

Riguardo il sistema di sorveglianza sulle IVG, gestito dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e dal Ministero della Salute, in collaborazione con l'ISTAT e con le Regioni, si conferma l'apprezzamento unanime a tutte le istituzioni coinvolte per tempestività e qualità dell'informazione su un fenomeno di tale delicatezza. Si sottolinea altresì che l'eccellente qualità del sistema di sorveglianza epidemiologica sulle IVG non deve essere dispersa e in questo senso è necessario che segnali di difficoltà nella raccolta dei dati riportati negli ultimi anni da alcune Regioni vengano adeguatamente raccolti. Si invitano pertanto tutte le Regioni ad adottare misure idonee, anche utilizzando la consulenza tecnica messa a disposizione delle istituzioni centrali, e a promuovere momenti di confronto sulle modalità operative a livello locale per un miglioramento della sorveglianza e dell'applicazione della legge 194.

In merito ai dati riportati dalla relazione, in particolare si osserva:

Sulla base dei dati provvisori a tutt'oggi disponibili, nel 2006 sono state notificate 130'033 IVG, con un decremento del 2.1% rispetto al dato definitivo del 2005 (132'790 casi) e un decremento del 44.6% rispetto al 1982, anno in cui si è registrato il più alto ricorso all'IVG (234'801 casi).

Il tasso di abortività (numero delle IVG per 1'000 donne in età feconda tra 15-49 anni), l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG, nel 2006 è risultato pari a 9.4 per 1'000, con un decremento del 2.2% rispetto al 2005 (9.6 per 1'000) e un decremento del 45.3% rispetto al 1982 (17.2 per 1'000). Dal 1983 i tassi di abortività sono diminuiti in tutti i gruppi di età, più marcatamente in quelli centrali. Per quanto riguarda le minorenni, il tasso di abortività nel 2005 è risultato pari a 4.8 per 1'000 (5 per 1'000 nel 2004), con valori più elevati nell'Italia settentrionale e centrale. L'abortività tra le giovani risulta più elevata nei paesi dell'Europa occidentale.

Il rapporto di abortività (numero delle IVG per 1'000 nati vivi) è risultato pari a 234.7 per 1'000 con un decremento del 3.0% rispetto al 2005 (241.8 per 1'000) e un decremento del 38.3% rispetto al 1982 (380.2 per 1'000).

L'analisi delle caratteristiche delle IVG, che è riferita solo ai dati definitivi dell'anno 2005, conferma che nel corso degli anni è andato crescendo il numero degli interventi effettuato da donne con cittadinanza estera, raggiungendo nel 2005 il 29.6% del totale delle IVG, mentre, nel 1998 tale percentuale era del 10.1%. Questo fenomeno influisce sull'andamento generale dell'IVG in Italia determinando una stabilità nel numero totale degli interventi e nasconde la diminuzione presente tra le sole donne italiane. Infatti, considerando solamente le IVG effettuate da cittadine ita-

liane (e avendo cura di ripartire per cittadinanza i casi che non disponevano dell'informazione, Regione per Regione) il dato risulterebbe essere 130'546 nel 1996, 124'448 nel 1998, 113'656 nel 2000, 106'918 nel 2001, 104'403 nel 2002, 99'081 nel 2003, 101'392 nel 2004 e 94'095 nel 2005, con una riduzione del 7.2% rispetto al 2004 e del 27.9% rispetto al 1996.

Nel corso degli anni le più rapide riduzioni del ricorso all'aborto sono state osservate tra le donne più istruite, tra le occupate e tra le coniugate, per le quali, anche grazie a una maggiore competenza di partenza, sono risultati più efficaci i programmi e le attività di promozione della procreazione responsabile, principalmente svolti dai consultori familiari.

La sempre maggiore incidenza tra le donne con cittadinanza estera impone, inoltre, una particolare attenzione nel confronto nel tempo delle caratteristiche delle donne che ricorrono all'IVG, in quanto le cittadine straniere, oltre a presentare un tasso di abortività, peraltro diverso per nazionalità, stimato 3-4 volte maggiore di quanto attualmente risulta tra le italiane, hanno una diversa composizione socio-demografica, che muta nel tempo a seconda del peso delle diverse nazionalità, dei diversi comportamenti riproduttivi e della diversa utilizzazione dei servizi.

Da alcuni anni non è stato più possibile applicare il modello matematico per la stima degli aborti clandestini perché l'errore sulla stima è dello stesso ordine di grandezza della stima stessa e per il contributo sempre più importante delle cittadine straniere che altera i parametri da inserire nel modello.

I dati relativi agli aborti ripetuti per l'anno 2005 evidenziano una percentuale del 26.3, con un lieve aumento rispetto alla percentuale dell'anno precedente (25.4), determinato dalla quota di donne straniere. Infatti l'analisi del dato riferito alle sole donne italiane risulta pari al 22.1% contro il 37.9% riferito alle donne di cittadinanza straniera. E' da sottolineare comunque che il dato percentuale di aborti ripetuti nel nostro paese resta tra i più bassi a livello internazionale.

I dati sulle metodiche adottate per l'IVG e sull'efficienza dei servizi, se confrontati con quelli degli anni precedenti, hanno subito solo modeste variazioni.

Nel 90.5% dei casi la degenza è risultata inferiore ad 1 giorno e l'isterosuzione, in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata (85.5%), comportando rischi minori di complicanze per la salute della donna.

Permane elevato (85%) il ricorso all'anestesia generale per espletare l'intervento, solo in parte riconducibile all'utilizzo della analgesia profonda che, in assenza di uno specifico codice sulla scheda ISTAT D12, verrebbe registrata sotto la voce "anestesia generale". Risulta evidente che tale procedura non appare giustificata, soprattutto se si tiene conto del dato che oltre l'80% delle IVG viene effettuato entro la decima settimana gestazionale, ed è in contrasto con le indicazioni formulate a livello internazionale. In tal senso, l'attivazione di corsi di aggiornamento professionale per modificare le attuali procedure anestetiche è raccomandata.

Rispetto all'aborto effettuato dopo i 90 giorni, si osserva che la percentuale di IVG è stata complessivamente nel 2005 del 2.7%. La percentuale di IVG tra 13 e 20 settimane è stata del 2%; quella dopo 21 settimane è stata dello 0.7%, invariata rispetto all'anno precedente.

Dal 2005 alcuni istituti hanno utilizzato l'approccio farmacologico per l'interruzione della gravidanza (anche definito aborto medico in alternativa all'aborto chirurgico), così come già presente da diversi anni in altri Paesi e come raccomandato nelle linee guida elaborate dall'OMS (Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. WHO, 2003) e da altre Agenzie internazionali. Da quanto riferito dalle Regioni, nel 2005 il Mifepristone (RU486) per l'aborto medico, è stato utilizzato in due Regioni (Piemonte e Toscana) per un totale di 132 casi; nel 2006 in cinque Regioni (Piemonte, Trento, Emilia Romagna, Toscana e Marche), per un totale di 1'151 casi, pari allo 0.9% delle IVG effettuate nell'anno. In altri Paesi europei (Fran-

cia, Gran Bretagna, Svezia) questa metodica è ormai usata dagli anni novanta e nel 2005 più di un quarto delle donne ha scelto l'aborto farmacologico, senza che la sua introduzione abbia modificato l'andamento del tasso di abortività e il rischio di complicanze. Per quanto riguarda la registrazione del farmaco Mifepristone (nome commerciale Mifegyne, compresse da 200 mg, Titolare: Exelgyn Laboratories), si ricorda che è stata effettuata una procedura europea di "mutuo riconoscimento" conclusa il 5 luglio 1999 con la Francia come paese membro di riferimento e Austria, Belgio, Germania, Danimarca, Grecia, Spagna, Finlandia, Lussemburgo e Paesi Bassi come paesi coinvolti (ove cioè il farmaco è stato successivamente commercializzato). Il farmaco risulta commercializzato anche in altri paesi europei, quali UK e Svezia, dove il farmaco è però commercializzato per una somministrazione in associazione con farmaci differenti e in paesi extraeuropei, quali USA e Cina. Per quanto riguarda l'Italia, ad oggi non è stata presentata alcuna domanda di autorizzazione all'immissione in commercio da parte della ditta Exelgyn Laboratories per il medicinale Mifegyne.

Nel giugno del 2007 la Commissione Europea ha approvato le raccomandazioni dell'EMA per uniformare le indicazioni del farmaco nell'Unione Europea. Sebbene debbano essere considerate alla luce delle leggi e dei regolamenti vigenti in ogni paese, esse costituiscono un importante riferimento sanitario per i paesi membri. Le indicazioni approvate sono:

- 1) la IVG farmacologica fino a 63 giorni di amenorrea;
- 2) la preparazione della cervice uterina prima della IVG chirurgica;
- 3) la preparazione all'azione degli analoghi della prostaglandina nella IVG farmacologica;
- 4) l'induzione del travaglio in caso di morte fetale in utero e quando non è possibile utilizzare prostaglandine e ossitocici.

In relazione ai tempi di attesa tra rilascio della certificazione e intervento, è aumentata la percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento (58% nel 2005, rispetto al 54.2% nel 2004) ed è diminuita la percentuale di IVG effettuate oltre 3 settimane (16.4% nel 2005, rispetto al 20.5% nel 2004), persistendo comunque una non trascurabile variabilità tra Regioni. Si raccomanda che le Regioni effettuino un costante monitoraggio delle modalità operative dei servizi attraverso indicatori della disponibilità e qualità dei medesimi, oltre che del loro livello di integrazione, in particolare la percentuale di interventi effettuati a 11-12 settimane, i tempi di attesa oltre 3 settimane e la percentuale di personale obiettore. A tale proposito si ricorda che l'articolo 9 della Legge affida alle Regioni il compito di garantire l'attuazione degli interventi su tutto il proprio territorio.

Il ricorso al Consultorio Familiare per la documentazione/certificazione rimane ancora basso (35.7%), specialmente al Sud e Isole, anche se leggermente aumentato, in gran parte legato al maggior ricorso da parte delle donne straniere.

Rispetto all'anno precedente, il numero dei consultori familiari pubblici risulta diminuito (2'063 nel 2005 rispetto a 2'157 nel 2004) mentre sono aumentati quelli privati (134 nel 2005 rispetto a 112 nel 2004). Il rapporto numero dei consultori per 20'000 abitanti è rimasto 0.7%, inferiore a quello previsto dalla legge 34/1996 (1 ogni 20'000 abitanti).

Di fronte alla tendenza delle donne italiane a rivolgersi ai medici di fiducia o ai servizi ospedalieri, piuttosto che ai consultori familiari, che potrebbe sembrare una precisa scelta delle donne, si ricorda che indagini dell'ISS condotte nell'ultimo decennio sul percorso nascita, hanno evidenziato invece un maggior gradimento da parte delle intervistate dei servizi offerti dai consultori familiari pubblici, oltre che migliori esiti di salute per le mamme e i bambini in seguito all'esposizione ai servizi consultoriali.

Rispetto alla prevenzione del ricorso all'aborto, il ruolo dei consultori risulta primario. Infatti, alla luce dell'evidenza, ormai acquisita negli anni, che l'aborto rappresenta nella gran parte dei casi l'estrema ratio e non la scelta d'elezione, la prevenzione del ricorso all'aborto può essere esplicata in tre diverse modalità.

Il più importante contributo è dato dai programmi di promozione della procreazione responsabile nell'ambito del percorso nascita e della prevenzione dei tumori femminili (per la quota in età feconda della popolazione bersaglio) e con i programmi di informazione ed educazione sessuale tra gli/le adolescenti nelle scuole e nei conseguenti "spazi giovani" presso le sedi consultoriali.

Un secondo contributo è rappresentato dall'effettuazione di uno o più colloqui con membri di una équipe professionalmente qualificati, come quelli consultoriali, al momento della richiesta del documento, per valutare le cause che inducono la donna alla richiesta di IVG e la possibilità di superare le stesse.

Una terza possibilità di prevenzione riguarda la riduzione del rischio di aborto ripetuto, attraverso un approfondito colloquio con le donne che hanno deciso di effettuare l'IVG, mediante il quale si analizzano le condizioni del fallimento del metodo impiegato per evitare la gravidanza e si promuove una migliore competenza. Tale colloquio dovrebbe essere molto opportunamente svolto in consultorio a cui la donna, ed eventualmente la coppia, dovrebbe essere indirizzata in un contesto di continuità di presa in carico, anche per una verifica di eventuali complicanze post-aborto. In questo senso dovrebbe essere attivata una specifica politica di sanità pubblica che, identificando il consultorio sede di prenotazione per le analisi pre-IVG e per l'intervento, renda "conveniente" rivolgersi per il rilascio del documento o della certificazione a tale servizio, a cui si ritorna per il controllo post-IVG e per il counselling per la procreazione responsabile.

Si sottolinea che il Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) del 2000 ha assegnato un ruolo centrale ai consultori familiari e delineato con molto dettaglio non solo gli aspetti organizzativi, ma anche gli obiettivi da raggiungere, le azioni da svolgere mediante offerta attiva ed i relativi indicatori. Si evidenzia altresì che negli ultimi anni anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha sottolineato nei suoi documenti l'importanza di servizi strutturati e organizzati come i consultori familiari italiani.

Conclusioni

La presentazione al Parlamento della Relazione sull'attuazione della legge 194/1978 e sui suoi effetti, anche in riferimento al problema della prevenzione - come previsto dalla legge medesima - non può e non deve essere un atto formale.

Infatti il dettato della legge, esplicitamente prevedendo la necessità del monitoraggio e della valutazione annuale dei dati riferiti alle IVG e quindi dello studio dell'evoluzione del fenomeno, affida direttamente alle responsabilità istituzionali il compito del governo complessivo del sistema, al fine del raggiungimento di quelle che sono le finalità primarie della legge: la riduzione continua e progressiva dell'incidenza del fenomeno, la cancellazione dell'aborto clandestino, la promozione di una sempre maggiore competenza verso una procreazione consapevole al fine di evitare che l'aborto sia mezzo per il controllo delle nascite.

Pertanto, le evidenze che derivano dai dati riportati dal sistema di sorveglianza della legge 194/1978, che vede impegnati l'ISS e il Ministero della Salute in collaborazione con l'ISTAT da una parte, e le Regioni e le Province autonome dall'altra, devono indirizzare coerentemente le scelte programmatiche di sanità pubblica, al fine di programmare gli interventi più appropriati di prevenzione e di promozione della procreazione consapevole, di raccomandare procedure appropriate in termini di maggior tutela della salute della donna e di maggiore efficienza e viceversa di correggere e risolvere le criticità.

L'applicazione della legge 194/1978 può - e quindi deve - essere ulteriormente migliorata.

In questo senso, al fine di potenziare le strategie di sanità pubblica per la prevenzione dell'aborto, il Ministero della Salute e il governo si sono impegnati a prevedere specifici interventi, a partire dal potenziamento e riqualificazione dei consultori familiari e dal rilancio ed eventuale aggiornamento del POMI, essendo la qualità e l'applicazione dei programmi strategici contenuti nel POMI, dal percorso nascita alla prevenzione dei tumori femminili, allo spazio giovani, lo strumento più efficace a produrre una ulteriore importante riduzione del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza.

In particolare, già con la legge 296/2006 (finanziaria 2007) sono state previste risorse per la promozione e tutela della salute delle donne e le Regioni stanno attuando programmi specifici, anche rivolti alla prevenzione dell'aborto.

Il Ministero della Salute, attraverso specifiche risorse stanziati dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) ha già attivato nel luglio 2006 un Progetto nazionale "Il Percorso Nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi", in collaborazione con l'ISS, indirizzato alle Regioni, che avrà una durata di 24 mesi. Tale sperimentazione, che coinvolgerà alcune selezionate esperienze territoriali, di fronte all'obiettivo atteso di promuovere la qualità del percorso nascita attraverso un processo di valutazione condivisa degli indicatori di processo e di risultato, intende promuovere la centralità del ruolo dei servizi consultoriali.

Inoltre, in riferimento alla criticità rappresentata dal ricorso all'aborto da parte delle donne straniere, sono previsti specifici programmi e campagne di prevenzione, che tengano conto anche delle loro diverse condizioni di vita, di cultura e di costumi e che prevedano il ruolo delle associazioni comunitarie e delle organizzazioni non governative per il massimo coinvolgimento possibile della popolazione femminile immigrata.

Il Ministero della Salute, altresì, d'intesa con il Ministero della Famiglia, il Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale, il Ministero della Pubblica Istruzione e le Regioni, è impegnato nell'attuazione del progetto finanziato e già attivato di sperimentazione per la riorganizzazione dei consultori familiari, finalizzata a potenziarne gli interventi sociali, come previsto dalla legge 296/2006. In questo contesto, di particolare rilevanza saranno gli interventi rivolti alle/agli adolescenti, per la promozione della salute e della procreazione responsabile e alle coppie.

Il Ministero della Salute ha istituito la Commissione ministeriale sulla salute delle donne, che attraverso il lavoro di specifici gruppi di lavoro potrà offrire, anche in previsione della Prima conferenza nazionale sulla salute delle donne, ulteriori contributi propositivi e migliorativi.

Il Ministero della Salute ha inoltre istituito un Tavolo interregionale per la salute materno-infantile, evidenziando l'impegno di promuovere, tra gli altri obiettivi, anche azioni e interventi concertati al fine della promozione della prevenzione dell'aborto.

Infine, anche per sollecitare attorno allo studio dell'evoluzione del fenomeno abortivo nel nostro paese una riflessione più ampia e un dibattito pubblico che coinvolga la società nel suo insieme, si sottolineano alcune evidenze.

Innanzitutto, si sottolinea il dato eclatante relativo alla riduzione continua delle IVG tra le donne italiane, che nel 2005 sono state 94'095, con una riduzione del 60% rispetto al 1983 (anno in cui più numerose sono state le IVG). Questo significa che, pur restando il dato delle IVG tra le donne straniere una forte criticità, la responsabilità femminile rispetto alla procreazione è cresciuta nel nostro paese, dimostrando come la promozione della competenza e della consapevolezza delle donne sia l'obiettivo più importante da raggiungere.

Si ritiene opportuno richiedere all'ISS, per la prossima Relazione sull'applicazione della legge, la presentazione di alcuni dati distinti per le donne italiane e le donne straniere, in quanto la loro relativa elaborazione può offrire una più precisa analisi del fenomeno abortivo, anche suggerendo le iniziative specifiche da implementare. Un ulteriore elemento che si intende sottolineare è che la legalizzazione dell'aborto, determinando la sostanziale scomparsa o la riduzione ai minimi termini dell'aborto clandestino, ha comportato anche l'eliminazione della mortalità e morbosità materna ad esso associata. Inoltre la legalizzazione non ha favorito la diffusione del fenomeno, come da più parti si temeva, ma piuttosto la sua sostanziale riduzione, grazie alla promozione di un maggiore e più efficace ricorso a metodi di procreazione consapevole, alternativi all'aborto, secondo gli auspici della legge. Infatti l'evoluzione della percentuale di aborti ripetuti è la più significativa dimostrazione del cambiamento nel tempo del rischio di gravidanze indesiderate, poiché, se tale rischio fosse rimasto costante nel tempo, avremmo avuto percentuali doppie di quelle osservate, come analizzato da studi matematici riportati dalla Relazione.

Si sottolinea altresì, come già espresso nella relazione dello scorso anno, che laddove è stata temporaneamente modificata la legislazione in termini di eliminazione della legalizzazione dell'aborto, per favorire una ripresa della natalità, si è osservato un aumento della mortalità materna senza alcuna modificazione del trend precedente della natalità e viceversa il ripristino della legalizzazione aveva come immediata conseguenza il ritorno della mortalità materna al trend precedente.

Inoltre, anche alla luce del dibattito che si è sviluppato in merito alla applicazione degli articoli 2 e 5 della legge 194/1978, che prevede un impegno specifico dei consultori familiari ad aiutare la donna a rimuovere le cause che la porterebbero all'interruzione volontaria di gravidanza, merita di essere approfondito il tema del rapporto tra natalità e abortività. In questo senso si ribadisce che le politiche di prevenzione dell'aborto non si identificano con le politiche per la promozione della natalità, essendo natalità e abortività fenomeni sostanzialmente disgiunti: una politica sociale in grado di determinare un aumento del numero di figli voluto ed avuto può non modificare il ricorso all'aborto in modo significativo, se non è associata alla promozione della procreazione responsabile, unica in grado di ridurre significativamente il rischio di gravidanze indesiderate. Vi sono paesi, infatti, ove è operativa una politica che promuove socialmente le nascite, pur avendo tassi di abortività maggiori che in Italia, molto presumibilmente proprio per le modalità non adeguate di promozione della procreazione responsabile, inefficaci a promuovere lo sviluppo di capacità e consapevolezza, nel rispetto della scelta della donna e della coppia, sulla base delle proprie condizioni fisiche, relazionali, psicologiche, culturali ed etiche.

Pertanto, mentre convintamente si ribadisce che nel nostro Paese è necessaria e auspicabile una vera e seria strategia di politiche pubbliche di promozione della natalità, cui le responsabilità complessive del governo sono chiamate, si ribadisce altresì che la prevenzione dell'aborto è obiettivo primario di scelte di sanità pubblica, attraverso un rinnovato impegno programmatico e operativo da parte di tutte le istituzioni competenti, nonché delle/degli operatrici/operatori dei servizi.

Il Ministro della Salute ritiene altresì opportuno verificare la possibilità di effettuare una indagine campionaria, coordinata dall'ISS, sul numero dei colloqui svolti nei consultori familiari, non rilevabile dal modello D12/ISTAT, al fine di evidenziarne - secondo il dettato della legge - la loro importanza, pur sottolineando la parzialità e quindi la scarsa significatività di una rilevazione statistica che non possa prevedere anche l'attività svolta dai medici di fiducia o dei servizi ospedalieri cui si rivolgono in gran parte le donne italiane.

Infine, in relazione al tema del ricorso all'aborto dopo i 90 giorni, non eludendo la complessità delle riflessioni ad esso collegate, si sottolinea che il ricorso all'aborto

in queste età gestazionali è rigorosamente normato dalla legge. Gli articoli 6 e 7 della legge infatti prevedono ambiti precisi entro i quali si possono effettuare le IVG dopo i 90 giorni: quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna o quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro che determinino un pericolo grave per la salute fisica o psichica della donna. Quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto, l'IVG può essere praticata solo nel caso di grave pericolo per la vita della donna e il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto.

In questo senso, si ribadisce non essere in alcun modo lo spirito e l'obiettivo della legge 194/1978 quello di perseguire finalità eugenetiche, bensì la salvaguardia della salute e del benessere psico-fisico della donna. Si sottolinea altresì quanto l'indicazione dei legislatori, rimandando alla continua evoluzione del progresso medico, scientifico e tecnologico la previsione della possibilità di vita autonoma del feto, si sia dimostrata saggia e lungimirante, rispettosa del valore della tutela della salute della donna e anche della vita del nascituro.

In conclusione, il Ministro della Salute, nell'affidare al Parlamento la Relazione sull'applicazione della legge 194/1978, ritiene giusto e necessario affermare che la legge ha permesso un cambiamento sostanziale del fenomeno abortivo nel nostro Paese, che la legge è stata e continua ad essere efficace nel raggiungimento degli obiettivi attesi e che la sua applicazione può essere ulteriormente migliorata.

Il Ministro della Salute, assumendo la piena applicazione della legge 194/1978 come priorità delle scelte di sanità pubblica, non ravvisa la necessità di una sua modifica, ma viceversa sottolinea la necessità di un rinnovato impegno programmatico e operativo da parte di tutte le istituzioni competenti e delle/degli operatrici/operatori dei servizi

Il Ministro della Salute, evidenziando la complessità dei valori etici che i legislatori hanno consegnato alle istituzioni e alla società nel suo insieme, ribadisce che la legge è stata e continua a essere non solo efficace, ma saggia e lungimirante, profondamente rispettosa dei principi etici della tutela della salute della donna e della responsabilità femminile rispetto alla procreazione, del valore sociale della maternità e del valore della vita umana dal suo inizio.

Livia Turco

MIGLIORE APPLICAZIONE LEGGE 194, MIGLIORE TUTELA SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA, APPROPRIATEZZA E QUALITÀ NEL PERCORSO DELLA DIAGNOSI PRENATALE.

Atto di indirizzo presentato dal ministro Livia Turco alla seduta della Conferenza Stato Regioni del 20 marzo 2008

1. LA PREVENZIONE DELL'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA.

La legalizzazione dell'aborto ha determinato la sostanziale scomparsa o la riduzione ai minimi termini dell'aborto clandestino, ha comportato l'eliminazione della mortalità e morbilità materna ad esso associata, ha favorito la riduzione dell'interruzione volontaria di gravidanza, grazie alla promozione di un maggiore e più efficace ricorso a metodi di procreazione consapevole, alternativi all'aborto, secondo gli auspici della legge.

Le evidenze derivanti dai dati riportati nelle relazioni che annualmente il Ministro della salute presenta al Parlamento sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78) da una parte indirizzano verso gli interventi più appropriati di prevenzione e di promozione della procreazione consapevole e, contemporaneamente dall'altra, indicano la necessità di perseguire procedure più appropriate in termini di maggior tutela della salute della donna e di maggiore efficienza correggendo e risolvendo le criticità.

Dai dati dell'ultima relazione al Parlamento risulta che:

- dal 1982 ad oggi la riduzione del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza sia stata, complessivamente del 44,6% e del 60% se riferita alle sole donne italiane;
- il 57,7% delle interruzioni volontarie di gravidanza è stato effettuato da donne con almeno un figlio e il 34,7% da donne con almeno 2 figli;
- il 50% circa delle donne risulta coniugato;
- il numero delle interruzioni volontarie di gravidanza effettuato da donne straniere è in costante aumento, rappresentando, nel 2005, il 29,6% di tutte le interruzioni volontarie di gravidanza effettuate a livello nazionale;
- l'aborto ripetuto, pur essendo nel nostro paese tra i più bassi a livello internazionale è pari al 26,4% (22,1% se riferito alle sole donne italiane, 37,9% se riferito alle donne di cittadinanza straniera);
- nonostante l'isterosuzione, in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata (85,5%), permane elevato (85%) il ricorso all'anestesia generale per espletare l'intervento, solo in parte riconducibile all'utilizzo della analgesia profonda.

L'applicazione della legge 194/1978 può - e quindi deve - essere ulteriormente migliorata.

Rispetto alla prevenzione del ricorso all'aborto, il ruolo dei consultori risulta primario.

Alla luce dell'evidenza, ormai acquisita negli anni, che nel 70-80% dei casi il ricorso all'aborto segue al fallimento/uso scorretto dei metodi per la procreazione cosciente e responsabile e quindi l'aborto rappresenta, nella gran parte dei casi, l'estrema ratio e non la scelta d'elezione, la prevenzione del ricorso all'aborto può essere esplicitata in tre diverse modalità.

Il più importante contributo è dato dai programmi di promozione della procreazione responsabile nell'ambito del percorso nascita e della prevenzione dei tumori femminili (per la quota in età feconda della popolazione bersaglio) e con i programmi di informazione ed educazione sessuale tra gli/le adolescenti nelle scuo-

le e nei conseguenti “spazi giovani” presso le sedi consultoriali.

Un secondo contributo è rappresentato dall’effettuazione di uno o più colloqui con membri di una équipe professionalmente qualificati, come quelli consultoriali, al momento della richiesta del documento, per valutare le cause che inducono la donna alla richiesta di interruzione volontaria di gravidanza e la possibilità di superare le stesse.

Una terza possibilità di prevenzione riguarda la riduzione del rischio di aborto ripetuto, attraverso un approfondito colloquio con le donne che hanno deciso di effettuare l’interruzione volontaria di gravidanza, mediante il quale si analizzano le condizioni del fallimento del metodo impiegato per evitare la gravidanza e si promuove una migliore competenza. Tale colloquio dovrebbe essere molto opportunamente svolto in consultorio a cui la donna, ed eventualmente la coppia, dovrebbe essere indirizzata in un contesto di continuità di presa in carico, anche per una verifica di eventuali complicanze post-aborto. In questo senso dovrebbe essere attivata una specifica politica di sanità pubblica che, identificando il consultorio sede di prenotazione per le analisi pre- interruzione volontaria di gravidanza e per l’intervento, renda “conveniente” rivolgersi per il rilascio del documento o della certificazione a tale servizio, a cui si ritorna per il controllo post- interruzione volontaria di gravidanza e per il counselling per la procreazione responsabile.

Si sottolinea come il Progetto Obiettivo Materno Infantile del 2000 ha assegnato un ruolo centrale ai consultori familiari e delineato gli obiettivi da raggiungere, le azioni da svolgere mediante offerta attiva ed i relativi indicatori.

Si evidenzia altresì che negli ultimi anni anche l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha sottolineato nei suoi documenti l’importanza di servizi strutturati e organizzati come i consultori familiari italiani.

CONSULTORI

Da quanto esposto si comprende come sia fondamentale implementare il ruolo dei consultori sia nelle attività di prevenzione dell’interruzione volontaria di gravidanza che nella presa in carico delle donne che richiedono l’intervento di interruzione volontaria di gravidanza.

Poiché ciò avvenga è necessario rendere “conveniente” l’uso di questo servizio.

Una convenienza potrebbe consistere nel far sì che i consultori, messi in rete con gli altri servizi di II e III livello, possano prenotare la donna sia per gli accertamenti necessari all’intervento sia per l’intervento stesso presso l’ospedale, senza lunghe file di attesa.

E’ stato dimostrato che agendo in tal modo le donne ritornano al Consultorio per la visita di controllo post interruzione volontaria di gravidanza e per l’informazione sulla contraccezione.

Occorre pertanto:

- Effettuare un costante monitoraggio delle modalità operative dei servizi attraverso indicatori della disponibilità e qualità dei medesimi, oltre che del loro livello di integrazione (in particolare: la percentuale di interventi effettuati a 11-12 settimane, i tempi di attesa certificazione-intervento oltre 3 settimane e la percentuale di personale obiettore), in applicazione dell’articolo 9 della Legge n.194/78, che affida alle Regioni il compito di garantire l’attuazione degli interventi su tutto il proprio territorio;
- Garantire, in numero appropriato e con personale adeguato, la presenza dei Consultori Familiari sul territorio, con riferimento a quanto espresso nel Progetto Obiettivo Materno Infantile (in particolare per quanto attiene all’integrazione e messa in rete dei servizi consultoriali con i servizi specialistici e

- di cura di II e III livello e con i servizi sociali; alla multidisciplinarietà delle équipes professionali; all'offerta attiva; alla valutazione degli obiettivi individuati) e a quanto indicato nella legge n. 34/1996;
- Favorire il ruolo del Consultorio Familiare come riferimento privilegiato per la prenotazione delle analisi pre- interruzione volontaria di gravidanza e per l'intervento, nonché per la visita di controllo post-interruzione volontaria di gravidanza e per l'informazione sulla contraccezione;
 - Prevedere, almeno in ogni Distretto, la presenza di un medico non obiettore al fine di garantire la continuità assistenziale;
 - Pubblicizzare da parte delle ASL le sedi e gli orari dei servizi consultoriali e dei servizi ospedalieri ove si effettuano le interruzioni volontarie di gravidanza, anche dei territori limitrofi;
 - Garantire congruo orario di apertura del Servizio Consultoriale, anche prevedendo l'accoglienza senza appuntamento, con carattere di precedenza, per alcune richieste come: contraccezione d'emergenza, inserimento di IUD, richiesta di certificazione urgente per interruzione volontaria di gravidanza;
 - Prevedere la prescrizione della "contraccezione d'emergenza", oltre che nei servizi consultoriali, anche nei Pronto Soccorso e nei servizi di continuità assistenziale (guardia medica);
 - Promuovere, in relazione alla prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza, attività di aggiornamento e formazione professionale comune tra MMG, medici consultoriali e medici ginecologi ospedalieri.

TUTELA DELLA SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA

L'OMS ribadisce che occorre promuovere consapevolezza e competenza riguardo la tutela della salute sessuale e riproduttiva anche al fine di un benefico effetto di riduzione dei fallimenti dei metodi per la procreazione cosciente e responsabile. Al fine di ulteriori obiettivi di riduzione delle interruzioni volontarie di gravidanza occorre promuovere azioni mirate per il coinvolgimento delle sezioni più svantaggiate della popolazione e dei giovani.

I Consultori Familiari hanno un ruolo strategico centrale in queste azioni, attivando la possibilità di integrare le attività per la tutela della salute sessuale e riproduttiva nel contesto dei programmi strategici previsti dal Piano Sanitario Nazionale e dal Progetto Obiettivo Materno Infantile riguardanti il percorso nascita, la prevenzione dei tumori femminili e la promozione della salute tra gli/le adolescenti.

Occorre pertanto:

- Garantire l'apertura, in numero ed in orari adeguati, di Spazi Adolescenti, al fine di promuovere le necessarie conoscenze sulla prevenzione delle MTS e sulla procreazione cosciente e responsabile, anche prevedendo l'offerta a basso costo dei metodi contraccettivi per tale fascia di popolazione.
- Promuovere il counselling e l'informazione sulla tutela della salute sessuale e riproduttiva nel contesto dei programmi strategici dei Consultori Familiari riguardanti il percorso nascita, la prevenzione dei tumori femminili e la promozione della salute tra gli/le adolescenti.
- Prevedere la possibilità di strumenti amministrativi affinché i mezzi contraccettivi possano essere distribuiti dai Consultori Familiari ai gruppi sociali meno abbienti e a maggior rischio di abortività quali i giovani e le immigrate;
- Promuovere, d'intesa con le Autorità scolastiche, attività di informazione ed educazione alla salute nelle scuole, con particolare riferimento alle problematiche connesse alla tutela della salute sessuale e riproduttiva.

PREVENZIONE DELL'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA TRA LE DONNE IMMIGRATE.

Come conseguenza dell'aumento della popolazione immigrata negli ultimi 20 anni, si è osservato anche un incremento del numero di interruzioni volontarie di gravidanza effettuate da donne straniere (37.323 nel 2005 rispetto a 10.131 nel 1996). Questo valore corrisponde ormai al 29,6% di tutte le interruzioni volontarie di gravidanza effettuate a livello nazionale nell'anno 2005. L'incidenza del fenomeno in queste donne è 3 – 4 volte superiore a quello delle donne con cittadinanza italiana, con valori ancora più alti tra le più giovani..

Il numero e la percentuale di interruzioni volontarie di gravidanza effettuate da donne immigrate è molto variabile a livello regionale, con valori più elevati nelle regioni con una maggior presenza di popolazione immigrata, con una variazione che va, per l'anno 2005, dal 41,7% di interruzioni volontarie di gravidanza di cittadine straniere effettuate in Lombardia, al 6,0% in Puglia (Relazione al Parlamento).

In considerazione della rilevanza che il fenomeno ha assunto si evidenzia la necessità di adottare specifici interventi volti a:

1. Promuovere la formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata ad approcci interculturali per la tutela della salute sessuale e riproduttiva (in particolare contraccezione e prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza);
2. Organizzare i servizi per favorire l'accesso e il loro utilizzo;
3. Promuovere una diffusa e capillare informazione verso la popolazione immigrata finalizzata alla tutela della salute sessuale e riproduttiva, alla prevenzione dell'aborto ed alla diffusione delle misure a sostegno della maternità.

1. Promuovere la formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata ad approcci interculturali per la tutela della salute sessuale e riproduttiva (in particolare contraccezione e prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza)

La maggior parte degli operatori sanitari italiani, pur avendo ormai contatti frequenti con l'utenza straniera, non ha ricevuto una specifica formazione e sono evidenti lacune informative e relazionali. In particolare in questo settore è fondamentale una formazione all'intercultura in considerazione di quanto aspetti sociali e culturali possano influenzare le scelte riproduttive.

La formazione permanente del personale è quindi finalizzata a promuovere competenze per:

- stabilire una corretta comunicazione con le donne che si sono rivolte al proprio servizio;
- individuare i loro bisogni di salute (sia sanitari che sociali);
- identificare e gestire correttamente le necessarie procedure amministrative;
- comunicare e collaborare efficacemente con gli altri servizi che erogano prestazioni di interesse;
- educare alla relazione transculturale.

La responsabilità dei programmi di formazione/aggiornamento è delle Regioni, che potranno avvalersi di tutte le competenze professionali disponibili nelle istituzioni ed agenzie che si occupano di assistenza e ricerca su questi temi, quali Università, Organi tecnici centrali, Ordini professionali di ambito socio-sanitario, Società scientifiche, Organizzazioni sindacali, Associazioni di volontariato ed altri. Andrebbe sempre valorizzata la possibilità di coinvolgere, tra i formatori, profes-

sionisti di origine straniera.

Destinatari dei corsi, con un approccio multidisciplinare, dovrebbero essere gli operatori sanitari, sociali ed amministrativi operanti nelle Aziende sanitarie (in particolare nei Consultori Familiari e nei servizi che operano nell'area materno-infantile), nonché operatori attivi in altre strutture pubbliche, del privato sociale e del volontariato. I corsi potranno essere attivati per l'intera Azienda sanitaria o per una sua specifica articolazione (dipartimenti, distretti, servizi/unità operative, etc.).

Occorre pertanto:

- Modificare percezioni erranee relative al fenomeno immigratorio in generale e ad aspetti specifici connessi alla salute (informazioni sulle caratteristiche quantitative e qualitative del fenomeno immigratorio in Italia);
- Promuovere una formazione/aggiornamento mirata degli operatori socio-sanitari, attraverso corsi ad hoc, i cui obiettivi prioritari sono rappresentati da informazione sui temi specifici nell'area della "salute e migrazione", con particolare riferimento alla tutela della salute sessuale e riproduttiva, e quindi alla procreazione cosciente e responsabile, alla prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza;
- Promuovere una corretta conoscenza degli operatori sui diritti alla salute e all'accesso ai servizi (informazioni sulla normativa nazionale e regionale vigenti);
- Superare le difficoltà di comunicazione e di relazione con utenti stranieri tramite la relazione transculturale.

2. Organizzazione dei servizi per favorire l'accesso e il loro utilizzo

Il riconoscimento giuridico del diritto all'assistenza in area materno-infantile, esteso anche agli immigrati irregolari, non si è dimostrato sufficiente a garantire il reale accesso ai servizi e l'appropriatezza del loro intervento, anche se si sono osservati miglioramenti degli indicatori nel tempo.

Ciò suggerisce la necessità di provvedere a un riorientamento complessivo dei servizi del SSN, anche avvalendosi delle esperienze più qualificate del volontariato. Le principali criticità nell'organizzazione dei servizi sono rappresentate dalla inadeguatezza nell'orientare le attività verso la potenziale utenza, dalla persistenza di barriere informative, amministrative, organizzative, culturali e linguistiche.

È pertanto opportuno promuovere:

- l'organizzazione interna ai servizi, orientata alle dimostrate esigenze della sua potenziale utenza;
- la flessibilità degli orari di apertura;
- la disponibilità dei servizi di mediazione culturale;
- lo sviluppo del lavoro di gruppo multidisciplinare;
- la messa in rete dei Consultori Familiari con gli altri servizi socio-sanitari e del terzo settore;
- la diffusione delle sperimentazioni realizzate in diverse città italiane (Roma, Firenze, Bologna, Milano, etc.), basate sull'istituzione di "spazi consultoriali materno-infantili" e di "spazi giovani" per immigrati dotati di personale opportunamente preparato, con il supporto di mediatori linguistico-culturali;
- l'offerta attiva di counselling sui metodi contraccettivi tra le donne immigrate in ogni occasione di contatto con le stesse nei Consultori Familiari, nel periodo successivo al parto in ospedale, successivamente a casi di interruzione volontaria di gravidanza, specialmente se ripetute, agli adolescenti nelle scuole/consultori familiari;

- gli interventi di prevenzione ed educazione sanitaria attivamente offerti anche al di fuori dei normali presidi sanitari, per venire incontro ai bisogni di fasce di popolazione immigrata che hanno difficoltà ad accedervi: unità di strada per la prostituzione, presidi o interventi presso campi nomadi o di rifugiati, iniziative particolari presso luoghi di aggregazione sociale degli stranieri;
- gli interventi necessari a garantire il supporto sociale, sanitario e psicologico a sostegno delle donne che vivono la gravidanza in una situazione di difficoltà;
- lo sviluppo di nuovi modelli di comunicazione, puntando sulla consapevolezza delle donne, quali il coinvolgimento partecipativo delle comunità di donne immigrate e l'educazione tra pari per promuovere e facilitare l'accesso ai servizi.

3. Promuovere una diffusa e capillare informazione per la popolazione immigrata finalizzata alla tutela della salute sessuale e riproduttiva, alla prevenzione dell'aborto ed alla diffusione delle misure a sostegno della maternità.

La conoscenza dei diritti e dei doveri, essenziale per una convivenza equa, dignitosa e serena, riconosce nell'immigrato un soggetto svantaggiato. Se da un lato egli stesso ha l'obbligo di informarsi sui propri diritti e non di meno sui propri doveri, dall'altro è la società ospitante che dovrebbe offrire, per prevenire ed evitare conflittualità e disuguaglianze, la conoscenza necessaria al fine di poter utilizzare l'offerta dei servizi sanitari.

Nello specifico della tutela della salute sessuale e riproduttiva, della prevenzione dell'aborto e della tutela della maternità la popolazione immigrata presenta necessità di informazione su:

- a) presenza, disponibilità e modalità di accesso ai servizi.
Una corretta informazione e comunicazione ed un idoneo orientamento ai servizi disponibili sono presupposti fondamentali per promuovere l'appropriatezza nell'uso dei servizi stessi.
Tale esigenza è particolarmente evidente anche per l'oggettiva complessità delle procedure amministrative per chi non abbia confidenza con il sistema. Una corretta informazione consente anche di promuovere l'empowerment della donna straniera.
- b) promozione della procreazione cosciente e responsabile e sulla prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza.
In generale, nella popolazione immigrata, la conoscenza della fisiologia della riproduzione e dei metodi per la procreazione responsabile è scadente: una parte consistente delle donne non è in grado di identificare il periodo fertile, conosce superficialmente i metodi per la procreazione responsabile e li utilizza in modo improprio (la metà delle immigrate rimane incinta nonostante l'uso di metodi anche di comprovata efficacia, ma usati scorrettamente). Molte di queste donne provengono da Paesi in cui i metodi contraccettivi sono poco usati e l'aborto è molto frequente.
- c) misure a sostegno della maternità.

La popolazione immigrata ha una assai scarsa conoscenza sulla legislazione a tutela della maternità e sulle attività di supporto socio-sanitario svolte anche dalle Associazioni.

Occorre pertanto:

- Aumentare la conoscenza sulla presenza, disponibilità e modalità di accesso ai servizi attraverso interventi attivi di informazione (adeguata organizzazione ed utilizzo dell'URP, elaborazione e diffusione di opuscoli / stralci della Carta dei servizi specifici, realizzazione progetti di informazione specifici con eventuale attivazione di Centri Specializzati) anche con il coinvolgimento del terzo settore e delle Associazioni delle donne immigrate;
- Avviare/implementare attività di comunicazione/informazione finalizzata alla tutela della salute sessuale e riproduttiva ed alla prevenzione dell'aborto;
- Avviare/implementare attività di comunicazione/informazione sulle misure socio-assistenziali a sostegno della maternità.

2. RIDURRE LA MORBILITA' DA INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA E MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA DEGLI INTERVENTI.

Anche se le complicità da interruzione volontaria di gravidanza sono contenute, possono essere individuate misure specifiche atte a ridurre ulteriormente la morbilità e migliorare l'appropriatezza degli interventi.

A tal fine occorre:

- ridurre i tempi tra la richiesta della donna/certificazione per interruzione volontaria di gravidanza e intervento;
- adottare la tecnica Karman;
- adottare diffusamente l'anestesia locale riducendo drasticamente il ricorso all'anestesia generale.

3. AGGIORNAMENTO DELLE PROCEDURE E DEL PERSONALE

In applicazione dell'articolo 15 della legge 194 occorre:

- promuovere l'aggiornamento del personale "sui problemi della procreazione cosciente e responsabile, sui metodi anticoncezionali, sul decorso della gravidanza, sul parto e sull'uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l'interruzione della gravidanza", favorendo la collaborazione tra Regioni, Università, Ospedali, ASL.
- promuovere altresì "corsi ed incontri ai quali possono partecipare sia il personale sanitario sia le persone interessate ad approfondire le questioni relative all'educazione sessuale, al decorso della gravidanza, al parto ai metodi anticoncezionali ed alle tecniche per l'interruzione volontaria della gravidanza", anche prevedendo da parte delle Regioni la formulazione di "programmi annuali di aggiornamento ed informazione sulla legislazione statale e regionale, sui servizi sociali, sanitari e assistenziali esistenti nel territorio regionale".

4. RIMOZIONE DELLE CAUSE CHE POTREBBERO INDURRE LA DONNA ALL'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA - SOSTENERE LE MATERNITA' DIFFICILI

Occorre promuovere un percorso coordinato dall'assistente sociale del consultorio con i servizi comunali, in rete con le associazioni di volontariato, al fine di sviluppare azioni per ridurre le interruzioni volontarie di gravidanza sia in caso di gravidanza indesiderata, sia in caso di gravidanze che sono desiderate ma che sono rese impossibili per motivi sociali/economici.

5. APPROPRIATEZZA-QUALITA' NEL PERCORSO DELLA DIAGNOSI PRE-NATALE in particolare in caso di anomalie cromosomiche e malformazioni

Occorre migliorare il percorso diagnostico, rispetto ad appropriatezza, qualità e tempi dall'accesso alla diagnosi e promuovere/implementare la presa in carico delle coppie cui viene comunicato un risultato positivo per patologie fetali.

A tal fine sin dall'inizio della richiesta della donna di un'indagine diagnostica prenatale, occorre promuovere l'integrazione tra i vari servizi coinvolti, consultorio/struttura distrettuale, ospedale, ambulatori, laboratori.

Deve quindi essere attivata una reale presa in carico della coppia all'interno della rete organizzativa integrata dei servizi coinvolti.

Devono essere attivate équipes multidisciplinari, dall'ostetrica e ginecologo allo specialista in genetica, al chirurgo fino allo psicologo, ecc., per garantire la più corretta informazione sulla natura delle malformazioni diagnosticate e sulla possibilità di cure.

Occorre pertanto:

1. Creare la rete per la presa in carico della donna gravida che accede alla diagnosi prenatale. A livello territoriale il Consultorio familiare, o altra struttura distrettuale allo scopo individuata, diventa il luogo deputato ad effettuare la prenotazione dell'esame e curare l'integrazione tra i differenti servizi coinvolti (esecuzione esame, risposta dal laboratorio, consegna referto all'utente e, in caso di referto patologico prenotazione consulenza specialistica, supporto psicologico/sociale alla donna/coppia, fino alla prenotazione presso la struttura di cura).
2. Adeguare il numero delle strutture di diagnosi e la dotazione tecnologica, spesso inadeguata o insufficiente, dal punto di vista quali/quantitativo, al fine di migliorare l'appropriatezza degli interventi diagnostici diminuendo i rischi per il feto e garantendo tempi di esecuzione rapidi, definiti e certi.
3. Prevedere la formazione del personale in quanto l'aggiornamento e la riqualificazione del personale sono essenziali per l'utilizzazione delle nuove indagini diagnostiche e quindi per l'appropriatezza delle diagnosi.
4. Adeguare il numero delle strutture, con disponibilità di personale non obiettore che eseguono aborto terapeutico, al fine di ridurre i tempi per l'effettuazione dell'intervento.
5. Prevedere la revisione del D.M.10 settembre 1998 "Aggiornamento del decreto ministeriale 6 marzo 1995 concernente l'aggiornamento del decreto ministeriale 14 aprile 1984 recante i protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità" anche per la parte che riguarda l'accesso alla diagnosi prenatale.

6. D.P.R. 396/2000 SUL DIRITTO A PARTORIRE IN ANONIMATO:

Dai dati CeDAP i parti in anonimato risultano essere stati 60 su un totale di parti di 504.770 (Occorre tuttavia sottolineare che tale informazione non è contenuta direttamente nel CeDAP ma viene dedotta attraverso alcune variabili presenti)

Anche al fine di contrastare il fenomeno degli abbandoni di neonati, occorre promuovere informazione sul D.P.R. 396/2000 che garantisce il diritto di partorire in

anonimato. Occorre pertanto implementare la consapevolezza, l'informazione, l'empowerment delle donne, attraverso gli interventi dei servizi materno-infantili, dei consultori, degli ospedali, attivando idonee modalità operative e relazionali degli operatori verso le donne, al fine di garantire la massima riservatezza. Occorre promuovere progetti specifici, anche prevedendo servizi di strada rivolti al fenomeno della prostituzione, attivando la rete delle Associazioni.

PIANO NAZIONALE PREVENZIONE IVG DONNE STRANIERE LA CONTRACCEZIONE PER UNA MATERNITÀ RESPONSABILE E LA PREVENZIONE DELL'ABORTO LA TUELA DELLA MATERNITÀ PREVENZIONE DELL'ABBANDONO DEI NEONATI

Ministero della Salute
Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione
Direzione Generale della Prevenzione sanitaria-Ufficio X

Premessa

Razionale

Obiettivo Generale

Obiettivi Specifici

Obiettivo 1

Promuovere la formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata ad approcci interculturali per la prevenzione IVG

1. Definizione del problema con evidenziazione dei punti critici
2. Proposte e piano d'azione
3. Indicatori per la valutazione

Obiettivo 2

Organizzazione dei servizi per favorire l'accesso e il loro utilizzo

1. Definizione del problema con evidenziazione dei punti critici
2. Proposte e piano d'azione
3. Indicatori per la valutazione

Obiettivo 3

Promuovere una diffusa e capillare informazione per la popolazione immigrata

1. Definizione del problema con evidenziazione dei punti critici
2. Proposte e piano d'azione
3. Indicatori per la valutazione

Obiettivo 4

Prevenire l'abbandono dei neonati

1. Definizione del problema con evidenziazione dei punti critici
2. Proposte e piano d'azione
3. Indicatori per la valutazione

Enti/strutture coinvolte

Fondi

Durata

Premessa

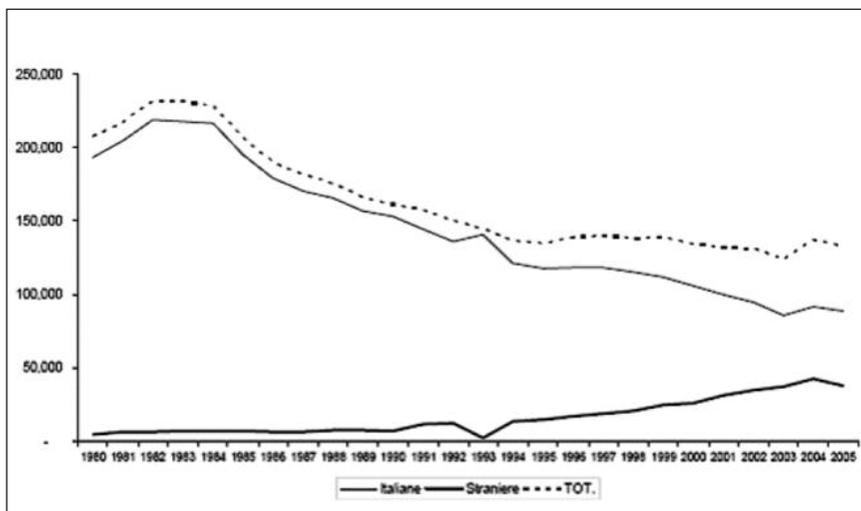
Negli anni recenti oltre al generale aumento dell'immigrazione si è verificata una femminilizzazione tale dei flussi che oggi le donne rappresentano circa la metà degli immigrati presenti in Italia.

Secondo il Dossier Caritas/Migrantes 2007, al 31 dicembre 2006 le donne rappresentavano il 49,9% dei 3.690.052 di immigrati regolari stimati.

Come conseguenza dell'aumento della popolazione immigrata negli ultimi 20, si è osservato anche un incremento del numero di Interruzioni Volontarie di Gravidan-

za (IVG) effettuate da donne straniere (37.323 nel 2005 rispetto a 10.131 nel 1996). Questo valore corrisponde ormai al 29,6% di tutte le IVG effettuate a livello nazionale.

Figura 1. IVG per Paese di nascita 1980 - 2005



In generale la conoscenza della fisiologia della riproduzione e dei metodi per la procreazione responsabile è scadente: una parte consistente delle donne non è in grado di identificare il periodo fertile, conosce superficialmente i metodi per la procreazione responsabile e li utilizza in modo improprio (la metà delle immigrate rimane incinta nonostante l'uso di metodi anche di comprovata efficacia, ma usati scorrettamente). Il coito interrotto risulta il metodo maggiormente utilizzato tra le donne dell'Est Europa, mentre tra le donne del Sud America la pillola e il preservativo si sono spesso rivelati inefficaci per un uso non corretto.

E' proprio l'area delle scelte riproduttive quella che fa registrare una significativa differenza tra donne italiane e straniere. Queste ultime infatti fanno ricorso all'IVG in percentuale significativamente superiore a quella delle donne italiane, anche quando provengono da Paesi culturalmente più orientati verso maternità ricercate e ripetute. Certamente non ci si può attendere che, soprattutto le donne che provengono da Paesi in cui l'IVG è usata molto frequentemente, come ad esempio in Romania, dove si raggiungono valori di 5 donne l'anno che abortiscono ogni 100 in età feconda, possano acquisire rapidamente conoscenze, attitudini e pratica dei metodi contraccettivi. A ciò si aggiungono le condizioni di precarietà in cui queste donne vivono: mancanza di permessi di soggiorno, lavori non in regola, la solitudine e la mancanza di una famiglia con cui confidarsi e che sia di supporto, tutti fattori che possono pesantemente condizionare le scelte riproduttive.

Infatti, tra le motivazioni per l'IVG maggiormente riportate oltre l'aver raggiunto il numero di figli desiderato, vengono indicati i problemi economici, a conferma di quanto già rilevato in altre indagini tra le straniere e, nel passato, tra le italiane.

Nella quasi totalità dei casi il documento per l'IVG è stato rilasciato da un consultorio pubblico e da un servizio IVG.

Il numero e la percentuale di IVG effettuate da donne immigrate è molto variabile a livello regionale, con valori più elevati nelle regioni con una maggior presenza di popolazione immigrata, con una variazione che va, per l'anno 2005, dal 41,7% di IVG da cittadine straniere effettuate in Lombardia, al 6,0% della Puglia (Tabella 1).

Tabella 1: IVG e cittadinanza, 2005

REGIONE	CITTADINANZA ITALIANA										CITTADINANZA STRANIERA					NON RILEVATO		TOTALE
	Europa dell'Est	Altri Paesi dell'Europa	Africa	America del Nord	America del Centro Sud	Asia	Oceania	TOTALE IVG	N	%	TOTALE	NON RILEVATO						
ITALIA SETTENTRIONALE	10917	339	4593	29	4687	2873	9	23347	39,0	400			60280					
Piemonte	7073	2511	50	3	564	176	1	4100	36,7	1	11174							
Valle d'Aosta	187	21	3	24	6	1	0	55	22,7	0	242							
Lombardia	13040	3348	141	1672	2753	1392	3	9325	41,7	103	22468							
Bolzano	411	106	8	23	15	25	0	177	30,1	0	588							
Trento	863	224	11	77	43	17	0	373	30,2	7	1243							
Veneto	4135	1642	44	619	158	405	1	2869	41,0	147	7151							
Friuli Venezia Giulia	1530	323	11	145	55	109	0	648	29,8	131	2309							
Liguria	2429	427	18	144	645	57	4	1297	34,8	0	3726							
Emilia Romagna	6865	2315	53	1094	350	691	0	4503	39,6	11	11379							
ITALIA CENTRALE	18651	6510	184	1047	1387	1163	8	10331	38,8	618	29500							
Toscana	5562	1683	81	377	17	435	0	3140	36,1	56	8758							
Umbria	1408	547	13	120	4	128	29	842	37,4	29	2279							
Marche	1644	528	12	149	1	114	127	932	36,2	13	2589							
Lazio	9937	3752	78	401	20	710	450	5417	35,3	520	15874							
ITALIA MERIDIONALE	26019	2657	42	354	14	138	0	3407	11,6	1717	31143							
Abruzzo	2171	395	5	71	1	35	55	563	20,6	27	2760							
Molise	515	39	1	5	0	2	0	49	8,7	52	616							
Campania	9354	1172	17	164	11	63	87	1514	13,9	1099	11957							
Puglia	10822	524	10	91	0	26	35	445	6,0	686	11853							
Basilicata	551	33	0	0	1	2	0	36	6,1	4	591							
Calabria	2606	494	9	23	2	11	21	560	17,7	90	3256							
ITALIA INSULARE	9483	512	31	156	5	59	134	888	8,7	1626	11867							
Sicilia	7175	416	26	131	3	39	101	716	9,1	1806	9497							
Sardegna	2178	96	5	25	2	11	33	172	7,3	20	2370							
ITALIA	90456	20596	596	6150	90	6182	4362	17	37973	29,6	4361	132790						

La maggior parte delle straniere che abortiscono in Italia sono cittadine dell'Est Europa provenienti principalmente dalla Romania, Moldavia e Ucraina, seguono il Marocco e l'Albania (tabella 2).

Una alta percentuale (intorno al 40%) di IVG da cittadine rumene si osserva in Pie-

monte, Trento, Lazio e Campania mentre in Liguria prevalgono le IVG da donne dell'Ecuador.

Tutto ciò conferma la tendenza degli ultimi anni che ha visto un aumento delle IVG effettuate da donne dell'Est Europa e dell'America Latina. Nel 1996, tra i primi paesi, comparivano infatti anche la Nigeria e il Ghana che ora non presentano particolare rilevanza.

Tabella 2 – Primi tre paesi di cittadinanza per le donne che effettuano IVG nelle regioni italiane - Anno 2004

Piemonte	Romania(39,5%), Marocco(10,1%), Albania(8,5%)
Valle d'Aosta	Marocco(43,8%), Perù(9,4%), Francia,Romania,Moldavia,Filippine(6,3%)
Lombardia	Romania(14,5%), Ecuador(11,5%), Perù(10,7%)
Bolzano	Albania(5,5%), Macedonia,Marocco(3,4%)
Trento	Romania(71,9%), Moldavia(38,2%), Albania(33,7%)
Veneto	Romania(22,0%), Moldavia(11,8%), Albania(7,6%)
F.V. Giulia	Romania(14,5%), Albania(11,1%), Jug.Serbia-Montenegro(9,6%)
Liguria	Ecuador(40,7%), Romania(10,8%), Albania(8,6%)
Emilia-Romagna	Romania(14,4%), Moldavia,Marocco(8,9%), Albania(7,7%)
Toscana	Romania(26,5%), Albania(11,3%), Cina(9,0%)
Umbria	Romania(24,2%),Albania (11,4%),Ecuador (10,2%)
Marche	Romania(17,8%), Albania(11,1%), Marocco(7,2%)
Lazio	Romania(47,9%), Ucraina(6,2%), Perù(5,3%)
Abruzzo	Romania(27,7%), Albania(10,9%), Cina(9,6%)
Molise	Romania(28,8%), Albania(13,5%), Ucraina(11,5%)
Campania	Ucraina(43,8%), Romania(12,5%), Polonia(9,1%)
Puglia	Albania(25,1%), Romania(23,4%), Polonia(6,6%)
Basilicata	Romania(33,3%), Albania(18,6%), Ucraina(14,8%)
Calabria	Romania(26,2%), Ucraina(23,4%), Bulgaria(9,6%)
Sicilia (a)	Romania(22,6%), Sri Lanka(10,2%), Tunisia(7,3%)
Sardegna	Romania(21,0%), Cina(15,0%), Nigeria(10,2%)

Nota: la percentuale è calcolata sul totale delle IVG effettuate da cittadine straniere.

(a) I dati della regione Sicilia sono incompleti.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie di gravidanza, anno 2004.

Abbastanza diverso risulta il ricorso all'IVG per età della donna. Se per le italiane i livelli maggiori si registrano nella fascia fra i 25 e i 34 anni (sebbene negli ultimi anni si stia assistendo ad uno spostamento verso le età più giovani), per le donne straniere è presente un trend fortemente decrescente dalle età più giovani a quelle più avanzate. La maggior parte delle straniere che abortiscono in Italia sono cittadine dell'Est Europa, ma anche di paesi del Centro-Sud America, dell'Africa e dell'Asia nell'ordine.

Anche i tassi di abortività evidenziano un ricorso all'aborto volontario maggiore tra le donne straniere rispetto alle italiane. Infatti, utilizzando una stima delle donne immigrate di età 18-24 anni è stato possibile calcolare il tasso di abortività relativo alle donne straniere residenti in Italia. Questo è risultato essere pari a 25,4 per 1000 nel 1996 e 29,4 nel 2004 (valori standardizzati) (tabella 3). Si evidenzia quindi un aumento negli ultimi anni del ricorso all'IVG da parte delle straniere, che presentano valori molto più elevati rispetto alle italiane (quasi 4 volte nel 2004) e se si considerano le donne più giovani il rapporto è di quasi 5 casi di IVG di donne straniere per ogni IVG effettuata da donne italiane.

Tabella 3 – Tassi di abortività volontaria per cittadinanza e classi di età (tassi per 1000 donne) - Anni 1996 e 2004

Età	1996			2004		
	Italiane	Straniere	Straniere /Italiane	Italiane	Straniere	Straniere /Italiane
18-24	10,9	51,6	4,7	11,8	55,0	4,7
25-29	11,6	38,1	3,3	11,2	45,6	4,1
30-34	11,9	27,5	2,3	10,0	37,7	3,8
35-39	10,7	19,5	1,8	8,4	27,1	3,2
40-44	5,3	9,0	1,7	4,1	10,8	2,6
45-49	0,5	1,0	2,0	0,4	0,9	2,4
18-49 grezzo	8,9	30,3	3,4	7,8	33,0	4,3
18-49 std	8,8	25,4	2,9	7,7	29,4	3,8

Note: i dati della Sicilia sono stati stimati.

La standardizzazione è stata effettuata considerando la popolazione media femminile del 2001.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie di gravidanza, anno 2004.

Razionale

Pure in presenza di notevoli differenze legate ai vissuti e alle culture di origine che tendono a determinare le scelte sul piano della salute riproduttiva, sono presenti determinanti comuni dovuti alla storia di migrazione di queste donne ed alle condizioni sociali ed economiche che devono affrontare nel Paese ospitante.

Laddove non ci sono legami affettivi e manca un rete di sostegno familiare, o in sua assenza di comunità di riferimento, le condizioni di isolamento e di disagio possono essere causa di rapido depauperamento del patrimonio di salute psichica e fisica con inevitabili ripercussioni sulla salute sessuale e riproduttiva.

Soprattutto in questa sfera della salute le barriere relazionali, linguistico-comunicative, culturali ed educative, se non adeguatamente comprese e tenute in considerazione sia al momento della pianificazione che dell'erogazione dei servizi, possono rappresentare un serio ostacolo allo svolgimento ed alla efficacia di interventi di prevenzione diagnosi e cura e contribuire alle difficoltà nell'accesso e fruibilità dei servizi in misura maggiore rispetto ad altre aree di tutela della salute.

Nella definizione e nello svolgimento delle attività legate alla sessualità e pianificazione familiare occorrerà tener conto del diverso significato che la sessualità, la procreazione e la famiglia assumono nelle varie culture. Devono essere ben note le informazioni sui comportamenti riproduttivi, sulla visione della salute e della malattia inseriti nel contesto culturale di appartenenza, sulla conoscenza e sui comportamenti contraccettivi, sull'interesse ad utilizzare i servizi del settore materno-infantile, sulla conoscenza dei servizi esistenti e sull'opinione e grado di fiducia che in essi ripongono le popolazioni immigrate delle diverse etnie.

Specialmente quando si affrontano la possibilità di una interruzione volontaria di gravidanza, di un intervento di sterilizzazione o di prescrivere determinate tecniche contraccettive è opportuno tenere presente che in determinate culture è sistematicamente previsto il coinvolgimento dell'uomo nelle scelte della donna;

Pertanto, al fine di sostenere la procreazione cosciente e responsabile come evidenziato da numerosi studi effettuati, si rende necessario promuovere:

- l'offerta attiva di counselling sui metodi contraccettivi tra le donne immigrate con specifici interventi di Sanità Pubblica. In particolare, come dimostrato da ciò che si è verificato in questi ultimi 25 anni nella popolazione italiana, è essenziale puntare sulla consapevolezza delle donne e sull'erogazione di prestazioni socio sanitarie in-

tegrate.

- la riorganizzazione dei servizi attraverso la rimozione delle barriere d'accesso organizzative, burocratico-amministrative e culturali anche attraverso la formazione degli operatori sulle normative vigenti e sulle diversità culturali, oltre ad aumentare la facilità di accesso ai servizi stessi.

Una particolare attenzione deve essere prestata alla formazione all'intercultura degli operatori sanitari.

Infatti, l'incontro degli operatori sanitari italiani con il paziente straniero e le problematiche che ne derivano sia in termini clinico-relazionali che di necessità di riorganizzazione dei servizi costituisce una dimensione di particolare rilevanza. In particolare, la mancanza di una formazione di base ed il perdurare di una pratica assistenziale esclusivamente ispirata ad un paradigma di tipo biomedico, rende difficile per gli operatori riconoscere gli aspetti dell'assistenza sanitaria legati alla diversa cultura di appartenenza degli utenti, ed il confronto tra le due culture può produrre situazioni di difficoltà, di conflitto o l'emergere di stereotipi o pregiudizi che possono condizionare negativamente l'efficacia dell'intervento ed il corretto ed appropriato ricorso ai servizi.

In genere le donne immigrate vengono identificate come extracomunitarie di recente im-migrazione, di bassa condizione socio-economica e con scarsa conoscenza della lingua italiana. La tendenza è poi quella di percepirla come utenza indifferenziata nonostante le differenze evidenti e quindi ad omogeneizzare i comportamenti di risposta anziché ricorrere agli opportuni strumenti.

Non va in ogni caso sottovalutato che "...mentre a livello individuale gli immigrati mostrano una grande facilità di adattamento ai modelli occidentali, non si può trascurare che le modificazioni più resistenti ad ogni tipo di cambiamento rimangono quelle relative alla donna e alla famiglia" (N. Dasio).

Obiettivo generale

Ridurre i tassi di ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza, tra le donne straniere, attraverso la promozione di una maggiore consapevolezza della propria salute riproduttiva, una maggiore conoscenza dei metodi contraccettivi, dei Servizi socio-sanitari, come i consultori, delle norme a sostegno della maternità.

Prevenire l'abbandono dei neonati.

obiettivi	azioni	promotori/attori	indicatori
Diminuire il ricorso delle donne immigrate all'ivg	Sensibilizzazione e promozione alla procreazione responsabile	Consultori familiari, operatori sanitari, operatori del terzo settore, associazioni di donne immigrate ecc	Tasso di abortività delle donne immigrate % di aborto ripetuto Rapporto tra tasso di abortività nelle donne immigrate e tasso di abortività nelle coetanee italiane
Prevenire l'abbandono dei neonati			

OBIETTIVI SPECIFICI

Obiettivo 1: Promuovere la formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata ad approcci interculturali per la prevenzione dell'IVG

1. Definizione del problema, con evidenziazione dei punti critici

La maggior parte degli operatori sanitari italiani pur avendo ormai contatti frequenti con l'utenza straniera, non ha ricevuto una specifica formazione. In particolare in questo settore è fondamentale una formazione all'intercultura in considerazione da una parte di quanto aspetti sociali culturali, ecc. possono influenzare le scelte riproduttive. Le esperienze formative condotte in anni recenti hanno evidenziato le seguenti lacune:

- **informative:**
 - esiste una erronea percezione dell'entità del fenomeno immigratorio in Italia, sui motivi della presenza e sui fattori che condizionano l'emigrazione;
 - mancano sufficienti conoscenze relative al profilo epidemiologico del fenomeno IVG in Italia (ad esempio, 1 IVG su 3 attualmente è effettuata da donne straniere) e sui vissuti e sulle culture di origine che tendono a determinare le scelte sul piano della salute riproduttiva;
 - si ha una inadeguata conoscenza della normativa che regola diritti e doveri assistenziali delle donne immigrate, con particolare riferimento all'accesso ai servizi e delle modalità organizzativo-gestionali che meglio possono rispondere ai loro bisogni di salute;
- **relazionali:**
 - non sono infrequenti difficoltà di comunicazione e di relazione con persone provenienti da altre culture, che hanno ricadute significative sull'efficacia degli interventi nel campo della prevenzione e dell'assistenza.

La formazione permanente del personale è quindi finalizzata a renderlo capace di:

- stabilire una corretta comunicazione con le donne che si sono rivolte al proprio servizio;
- individuare i loro bisogni di salute (sia sanitari che sociali);
- identificare e gestire correttamente le necessarie procedure amministrative;
- comunicare e collaborare efficacemente con gli altri servizi che erogano prestazioni di interesse.

2. Proposte e piano d'azione

È pertanto opportuno promuovere una formazione/aggiornamento mirata degli operatori socio-sanitari attraverso corsi ad hoc.

Gli obiettivi prioritari riguardano:

1. informazione sui temi specifici nell'area della "salute e migrazione", con particolare riferimento alla salute riproduttiva, ed in particolare alla procreazione cosciente e responsabile e quindi alla prevenzione dell'IVG;
2. formazione alla relazione per un'assistenza sanitaria transculturale.

La responsabilità dei programmi di formazione/aggiornamento è delle Regioni, che potranno avvalersi di tutte le competenze professionali disponibili nelle istituzioni ed agenzie che si occupano di assistenza e ricerca su questi temi, quali Università, Organi tecnici centrali, Ordini professionali di ambito sociosanitario, Società scientifiche, Organizzazioni sindacali, Associazioni di volontariato ed altri. Andrebbe sempre valorizzata la possibilità di coinvolgere, tra i formatori, professionisti di origine straniera.

Destinatari dei corsi, con un approccio multidisciplinare, dovrebbero essere gli operatori sanitari, sociali ed amministrativi operanti nelle Aziende sanitarie (in particolare nei Consultori Familiari e nei servizi che operano nell'area materno-infanti-

le), nonché operatori attivi in altre strutture pubbliche, del privato sociale e del volontariato. I corsi potranno essere attivati per l'intera Azienda sanitaria o per una sua specifica articolazione (dipartimenti, distretti, servizi/unità operative, etc.).

Il tema della formazione continua dovrebbe essere rappresentato tra i criteri di accreditamento delle strutture più significativamente impegnate con l'utenza straniera e/o dei criteri di valutazione dei Direttori Generali (area materno infantile, pronto soccorso, medicina generale, medicina del lavoro ed altri settori della prevenzione).

È auspicabile che, a livello regionale ed aziendale, non sfugga il valore di "investimento" che tali iniziative formative - come tutte quelle opportunamente rivolte a valorizzare le risorse umane - rivestono e che a tale consapevolezza si accompagni lo stanziamento di fondi locali adeguati e la predisposizione di incentivi idonei a supportare questi progetti.

A tal scopo il Ministero della Salute (CCM) metterà a disposizione delle Regione la somma di 500.000 Euro per gli anni 2008-2009.

La proposta è di ripartire la somma tra le Regioni in relazione al N° di donne immigrate in età feconda.

La tabella di ripartizione è la seguente:

	N° donne immigrate età 15 -49 aa	Euro
Piemonte		
Valle d'Aosta		
Lombardia		
Bolzano		
Trento		
Veneto		
F.V. Giulia		
Liguria		
Emilia-Romagna		
Toscana		
Umbria		
Marche		
Lazio		
Abruzzo		
Molise		
Campania		
Puglia		
Basilicata		
Calabria		
Sicilia (a)		
Sardegna		
		500.000,00

3. Indicatori per la valutazione

- Indicatori diretti e immediati: N° corsi organizzati per Regione e risultati dei post-test, strutturati in modo da consentire all'operatore in formazione di effettuare una verifica immediata del suo apprendimento durante il corso.
- Indicatori indiretti a medio-lungo termine: laddove siano stati effettuati interventi formativi sistematici e prolungati, è possibile verificarne l'efficacia anche in misura indiretta attraverso il monitoraggio di aspetti specifici di settore; ad esempio, un trend di aumento nel tasso di utilizzo dei consultori familiari riferibile all'aggiornamento dei loro operatori.

obiettivi	azioni	promotori/attori	indicatori
Modificare percezioni erranee relative al fenomeno immigratorio in generale e ad aspetti specifici connessi alla salute.	Informazioni sulle caratteristiche quantitative e qualitative del fenomeno immigratorio in Italia.	Aziende sanitarie e loro articolazioni (dipartimenti, distretti, servizi/unità operative, etc.), nonché da Regioni, Università, Ordini professionali di ambito sociosanitario, Società scientifiche, Organizzazioni sindacali, Associazioni di volontariato, Organi tecnici centrali.	Percentuale di miglioramento nelle risposte tra pre-test e post-test. Percentuale di miglioramento nelle risposte tra pre-test e post-test.
Promuovere una corretta conoscenza degli operatori sui diritti alla salute e all'accesso ai servizi.	Informazioni sulla normativa nazionale e regionale vigenti.	Aziende sanitarie e loro articolazioni (dipartimenti, distretti, servizi/unità operative, etc.), nonché da Regioni, Università, Ordini professionali di ambito sociosanitario, Società scientifiche, Organizzazioni sindacali, Associazioni di volontariato, Organi tecnici centrali.	Aumento della percentuale degli iscritti alle anagrafi assistiti degli immigrati aventi diritto.
Superare le difficoltà di comunicazione e di relazione con utenti stranieri	Formazione alla relazione transculturale	Aziende sanitarie e loro articolazioni (dipartimenti, distretti, servizi/unità operative, etc.), nonché da Regioni, Università, Ordini professionali di ambito sociosanitario, Società scientifiche, Organizzazioni sindacali, Associazioni di volontariato, Organi tecnici centrali	Aumento di utilizzo dei servizi preposti alla tutela della salute materno-infantile Aumento dei ritorni nei servizi da parte dell'utenza straniera (fidelizzazione)

Obiettivo 2: Organizzazione dei servizi per favorire l'accesso e il loro utilizzo

1. Definizione del problema, con evidenziazione dei punti critici

Il riconoscimento giuridico del diritto all'assistenza in area materno-infantile, esteso anche agli immigrati irregolari, non è bastato a garantire il reale accesso ai servizi e l'appropriatezza del loro intervento, anche se si sono osservati dei miglioramenti degli indicatori nel tempo. Ciò suggerisce la necessità di provvedere a un riorientamento complessivo dei servizi del SSN.

Si sono evidenziate delle lacune quali l'organizzazione dei servizi non sempre orientata alle esigenze della potenziale utenza, la possibile persistenza di barriere informative, amministrative, organizzative, culturali e linguistiche.

2. Proposte e piano d'azione

È pertanto opportuno promuovere:

- l'organizzazione interna ai servizi non sempre orientata alle dimostrate esigenze della sua potenziale utenza;
- la flessibilità degli orari di apertura, ad esempio la disponibilità a un'apertura in fascia oraria pomeridiana, e in particolare nella giornata del giovedì, faciliterebbe ad esempio la possibilità di visita e di analisi per tutte le donne che esercitano la professione di collaboratrici domestiche, alle quali in tale giorno viene concesso tradizionalmente il turno di riposo;
- la disponibilità dei servizi di mediazione culturale;
- lo sviluppo del lavoro di gruppo multidisciplinare;
- la messa in rete dei Consulteri Familiari con gli altri servizi pubblici e del terzo settore e la promozione dell'integrazione socio-sanitaria con lo scopo di fornire alle donne straniere informazioni e servizi per aiutarle nelle scelte di procreazione consapevole;
- la scarsa diffusione di iniziative quali le sperimentazioni realizzate in diverse città italiane (Roma, Firenze, Bologna, Milano, etc.), basate sull'istituzione di "spazi consultoriali materno-infantili" e di "spazi giovani" per immigrati dotati di personale opportunamente preparato (es: un ginecologo donna competente ad affrontare problematiche "multietniche", come ad esempio le mutilazioni genitali femminili) e con il supporto di un mediatore linguistico-culturale;
- la necessità di promuovere l'offerta attiva di counselling sui metodi contraccettivi tra le donne immigrate in ogni occasione di contatto con le stesse nei Consulteri Familiari, nel periodo successivo al parto in ospedale, successivamente a casi di IVG specialmente se ripetute, agli adolescenti nelle scuole/consulteri familiari;
- gli interventi di prevenzione ed educazione sanitaria attivamente offerti anche al di fuori dei normali presidi sanitari, per venire incontro ai bisogni di fasce di popolazione immigrata che hanno difficoltà ad accedervi: unità di strada per la prostituzione, presidi o interventi presso campi nomadi o di rifugiati, iniziative particolari presso luoghi di aggregazione sociale degli stranieri;
- lo sviluppo di nuovi modelli di comunicazione, puntando sulla consapevolezza delle donne, quali il coinvolgimento partecipativo delle comunità di donne immigrate e l'educazione tra pari per promuovere e facilitare l'accesso ai servizi.

A tal scopo il Ministero della Salute (CCM) metterà a disposizione delle Regione la somma di 1.500.000 Euro per gli anni 2008-2009.

La proposta è di ripartire la somma tra le Regioni in relazione al N° di donne immigrate in età feconda.

	N° donne immigrate età 15 -49 aa	Euro
Piemonte		
Valle d'Aosta		
Lombardia		
Bolzano		
Trento		
Veneto		
F.V. Giulia		
Liguria		
Emilia-Romagna		
Toscana		
Umbria		
Marche		
Lazio		
Abruzzo		
Molise		
Campania		
Puglia		
Basilicata		
Calabria		
Sicilia (a)		
Sardegna		
		1.500.000,00

3. Indicatori per la valutazione

In tabella, vengono indicati, sulla base delle azioni da intraprendere per il raggiungimento degli obiettivi, gli specifici indicatori da utilizzare

obiettivi	azioni	promotori/attori	indicatori
organizzazione interna ai servizi orientata alle esigenze della sua potenziale utenza;	flessibilità orari di apertura Promozione del lavoro di gruppo multidisciplinare e potenziamento dei servizi di mediazione culturale; Messa in rete dei C.F. con gli altri servizi pubblici e del terzo settore e la promozione dell'integrazione socio-sanitaria	Regioni/ASL/Servizi territoriali (CF)/servizi ospedalieri Regioni/ASL/Servizi territoriali (CF)/servizi ospedalieri ASL/Aziende ospedaliere/Enti Locali/terzo settore	N° Regioni /ASL che hanno deliberato in merito Attività di mediazione culturale attivate Accordi /delibere ASL / Aziende ospedaliere / Enti Locali / terzo settore ai fini della messa in rete dei servizi
-Implementazione di "spazi consultoriali materno-infantili" e di "spazi giovani" per immigrati dotati di personale opportunamente preparato e con il supporto di un mediatore linguistico-culturale;	Istituzione di "spazi consultoriali materno-infantili" e di "spazi giovani"	Regioni/ASL	N° di nuovi servizi attivati
Promozione dell'offerta attiva di counselling sui metodi contraccettivi tra le/gli adolescenti e le donne immigrate	Offerta attiva del counselling	Consultori Familiari, ospedale, scuole/ terzo settore	Attività di counselling offerto /accessi al CF, sul numero di parti/ sul n° di IVG/ sulle scuole di insidenza del territorio del CF
Interventi di prevenzione ed educazione sanitaria attivamente offerte a fasce di popolazione particolarmente fragili anche al di fuori dei normali presidi sanitari,	Attività offerte nei punti di aggregazione, ai nomadi, ai rifugiati, alle prostitute	Operatori consultoriali e del terzo settore	N° progetti adottati

Obiettivo 3: Promuovere una diffusa e capillare informazione per la popolazione immigrata

1. Definizione del problema, con evidenziazione dei punti critici

La popolazione immigrata presenta una doppia necessità di informazione:

- a) mirata alla presenza, disponibilità e modalità di accesso ai servizi;
 - b) finalizzata alla promozione della procreazione cosciente e responsabile ed alla prevenzione dell'ivg, nonché alla prevenzione dell'abbandono dei neonati.
- a) La conoscenza dei diritti e dei doveri, che rapporta ogni individuo alla società in cui vive, è essenziale per una convivenza equa, dignitosa e serena. L'immigrato è un soggetto svantaggiato in questa conoscenza e, se da un lato egli stesso ha l'obbligo di informarsi sui propri diritti e non di meno sui propri doveri, dall'altro è la società ospitante che dovrebbe offrire questa conoscenza necessaria per potersi giovare dei servizi sanitari offerti e per rispettare le regole del sistema ed inoltre fondamentale per prevenire ed evitare conflittualità e disuguaglianze.

Una corretta informazione e comunicazione ed un idoneo orientamento ai servizi disponibili sono presupposti fondamentali per promuovere l'appropriatezza nell'uso dei servizi stessi (si consideri, ad esempio: l'importanza della conoscenza delle modalità di accesso a determinate prestazioni; del corretto ricorso alla medicina di base e ai servizi dell'area materno-infantile; dei problemi medico-legali e di privacy; della libera e piena adesione al consenso informato, etc.).

Tale esigenza è particolarmente evidente anche per l'oggettiva complessità delle procedure amministrative per chi non abbia confidenza con il sistema (ad esempio: ottenimento della tessera sanitaria; esenzione dal ticket; rimborso delle prestazioni, etc.). Una corretta informazione consente anche di promuovere l'empowerment della donna straniera.

- b) Preliminarmente all'adozione di specifiche azioni informative, è necessario approfondire la conoscenza delle comunità di immigrati presenti nel territorio di pertinenza (provenienza, caratteristiche demografiche, occupazionali, abitudini sociali, eventuali punti di aggregazioni o di riferimento, ecc.). Quanto sopra è preliminare all'adozione di un piano di comunicazione finalizzato alla diffusione dell'utilizzo dei metodi contraccettivi ed alla prevenzione dell'aborto fra le popolazioni immigrate nonché alla prevenzione dell'abbandono dei neonati.

2. Proposte e piano d'azione

Ai fini delle necessità di informazione mirata alla presenza, disponibilità e modalità di accesso ai servizi i principali ambiti e strumenti attualmente disponibili per i servizi sanitari pubblici al fine di veicolare informazioni finalizzate a dare piena visibilità e "decifrabilità" ai servizi sanitari offerti all'utenza straniera potenziale o reale, sono l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) e la Carta dei servizi sanitari.

L'URP, dovrebbe tenere nella dovuta considerazione la crescente utenza straniera, strutturandosi ed organizzandosi in modo da poter far fronte alle sue esigenze, in particolare sotto l'aspetto linguistico/comunicativo: a tal fine sarebbe opportuno individuare, tra le risorse di personale già esistenti, quelle che hanno una sufficiente conoscenza delle principali lingue straniere (eventualmente migliorata con corsi di aggiornamento) e con l'attivazione di un servizio di interpretariato/ mediazione culturale per i gruppi che presentano particolari difficoltà linguistiche (ad esempio cinesi).

La Carta dei Servizi (o suoi estratti), risulta uno strumento di particolare utilità an-

che per dare informazioni specificamente rivolte alla popolazione straniera. A tal fine particolare attenzione dovrà essere rivolta a modulare il messaggio informativo, espresso in lingua straniera, in modo che sia chiaro e facilmente comprensibile. Tra le altre opzioni praticabili, in particolare nelle aree ad alta densità migratoria, vi è quella di attivare, in collaborazione con il terzo settore e con il coinvolgimento di comunità/associazioni di immigrate, progetti specifici, nei presidi territoriali e/o nelle accettazioni ospedaliere, con l'obiettivo di aumentare la capacità di accoglienza e favorire l'accesso, orientare e semplificare le procedure amministrative e ottimizzare il coordinamento nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Per quanto concerne la necessità di informazione/educazione sanitaria finalizzata alla promozione della procreazione cosciente e responsabile ed alla prevenzione dell'ivg nonché alla prevenzione dell'abbandono dei neonati il piano di comunicazione prevede una informazione attiva che sarà realizzata ricorrendo alla produzione di materiale informativo, da diffondere direttamente nei principali luoghi di aggregazione degli stranieri e nei servizi socio-sanitari, organizzando anche incontri di informazione e confronto.

Il materiale informativo sui metodi contraccettivi, sulle norme a sostegno della maternità, sulla prevenzione dell'abbandono dei neonati e sui servizi cui rivolgersi sarà prodotto nelle principali lingue parlate dalle comunità di donne immigrate.

Le fasi del progetto sono:

1. Ricognizione del materiale esistente;
2. Redazione degli opuscoli e del materiale informativo;
3. Individuazione dei partners;
4. Piano di diffusione degli opuscoli e del materiale informativo

Il materiale informativo sarà messo a disposizione sul portale del Ministero di Regioni, Asl, Enti locali ed Associazioni che vorranno utilizzarli integrando la parte riguardante i servizi con notizie riferite al territorio di competenza.

Inoltre le informazioni potranno essere diffuse attraverso altri siti web frequentemente visitati dalla popolazione straniera e altri mass-media (radio, televisioni, ecc.).

Obiettivo 3. - Indicatori per la valutazione

obiettivi	azioni	promotori/attori	indicatori
Informazione della cittadinanza e dell'utenza straniera sui diritti alla salute e sulle regole della comunità ospitante	<ul style="list-style-type: none"> • Adeguata organizzazione ed utilizzo dell'URP • elaborazione e diffusione di opuscoli / stralci della Carta dei servizi specifici • Realizzazione progetti di informazione specifici con eventuale attivazione di Centri Specializzati 	<ul style="list-style-type: none"> • Regione • ASL, AO • Distretti • Dipartimenti di Prevenzione • Presidi Ospedalieri • Associazioni di volontariato • Associazioni/ comunità di immigrati 	<ul style="list-style-type: none"> • n° di addetti URP con conoscenza lingue straniere/totale addetti • n° Carte dei servizi (o estratti) tradotte in lingua straniera • n° progetti di informazione per regione e/o ASL/AO sul totale delle ASL/AO • n° opuscoli informativi prodotti • n° opuscoli distribuiti • coinvolgimento comunità di immigrati / associazioni di volontariato
Aumento e ottimizzazione dell'accesso	<ul style="list-style-type: none"> • Interventi attivi di informazione 	<ul style="list-style-type: none"> • ASL, AO • Distretti • Associazioni di volontariato • Associazioni/ comunità di immigrati 	<ul style="list-style-type: none"> • collaborazioni formali attivate tra Aziende sanitarie e altri soggetti non istituzionali • n° di incontri di informazione realizzati
Appropriatezza di utilizzo dei servizi	<ul style="list-style-type: none"> • Tutte le precedenti 	<ul style="list-style-type: none"> • Regione • ASL, AO • Distretti 	<ul style="list-style-type: none"> • aumento dell'accesso in consultorio per counselling sulla procreazione cosciente e responsabile
Piano di comunicazione	<ul style="list-style-type: none"> • Ricognizione del materiale esistente; • Redazione degli opuscoli e del materiale informativo; • Individuazione dei partners; • Piano di diffusione degli opuscoli e del materiale informativo 	Ministero della salute / Regioni / ASL / Enti Locali / Associazioni di volontariato	Valutazione dell'impatto della comunicazione sulla popolazione immigrata

Obiettivo 4 Prevenire l'abbandono dei neonati

1. Definizione del problema con evidenziazione dei punti critici

Risulta difficile avere statistiche e dati precisi in merito all'abbandono dei neonati. Il rifiuto del neonato riguarda oltre che madri italiane in situazioni di isolamento sociale ed affettivo, famiglie o madri straniere che, oltre alle situazioni di isolamento sociale ed affettivo versano spesso in condizioni di povertà e risultano prive del permesso di soggiorno.

La popolazione immigrata può non conoscere gli aiuti concreti che le Istituzioni hanno messo in atto per sostenere la maternità (dall'assegno di maternità alla possibilità di partorire in anonimato, ecc)

2. Proposte e piano d'azione

Da una parte vi è la necessità di aumentare le conoscenze della popolazione immigrata su:

- gli assegni di maternità che, in presenza di specifiche condizioni, spettano oltre che ai cittadini italiani anche alle donne straniere in possesso di carta di soggiorno;
- I servizi di assistenza cui è possibile rivolgersi per ricevere assistenza;
- il divieto di espulsione delle donne in stato di gravidanza o nei sei mesi successivi alla nascita del figlio e la possibilità di chiedere il permesso di soggiorno per motivi di salute per lo stesso periodo con la possibilità di iscrizione al SSN;
- La possibilità di partorire in anonimato dando la possibilità al figlio di essere adottato e di crescere in una famiglia.

-La possibilità di "lasciare" il neonato nelle apposite "ruote salva bimbi" degli ospedali che la hanno istituita, anziché abbandonarlo per strada con la possibilità di infanticidio del proprio figlio.

Questa attività di informazione sarà sviluppata nel Piano di comunicazione descritto nell'obiettivo 3 "Promuovere una diffusa e capillare informazione per la popolazione immigrata".

Contemporaneamente si vogliono adottare tutti gli interventi necessari a garantire il supporto sanitario e psicologico a sostegno delle donne che vivono la gravidanza in una situazione di difficoltà e azioni, come quella recentemente adottata nella Regione Lazio, di istituire la "ruota salva-bimbi" in tutti gli Ospedali dotati di reparti di maternità,

3. Indicatori per la valutazione

obiettivi	azioni	promotori/attori	indicatori
Attività finalizzate alla prevenzione dell'abbandono dei neonati	Attività di comunicazione / informazione Istituzione delle ruote salva bimbi	Ministero della salute / Regioni / ASL / Enti Locali / Associazioni di volontariato	Valutazione dell'impatto della comunicazione sulla popolazione immigrata N° ruote salva bimbi

ATTORI

Ministero della salute,

Ministero della Famiglia, Ministero Pari opportunità, Ministero pubblica istruzione, Ministero solidarietà sociale

Istituto Superiore di Sanità

Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà

Regioni: Toscana, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Veneto, Lazio, Marche

Associazioni: Crinali (Milano), Naga (Milano), L'albero della salute (Toscana), Candelaria, TAMPEP

Modalità di realizzazione

Enti/strutture coinvolte

Ministero della salute – ISS-

Associazione ginecologi- Associazione donne straniere – Consultorio

Durata

18 mesi

Riferimenti bibliografici

Loghi M. (2004), "Abortività volontaria e cittadinanza", in Conti C., Sgritta G.B., Salute e società

– Immigrazione e politiche socio-sanitarie. La salute degli altri, Anno III, 2/2004.

Spinelli A., Forcella E., Di Rollo S., Grandolfo M., (2006), "L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia" Rapporto ISTISAN,06/17, 2006

Dasio N., "Donne, bambini, figli, nell'esperienza della migrazione", in S. Geraci (a cura di), Approcci transculturali per la promozione della salute, Anterem 2000

LINEE GUIDA DESTINATE ALLE FIGURE PROFESSIONALI SANITARIE NONCHÉ AD ALTRE FIGURE PROFESSIONALI CHE OPERANO CON LE COMUNITÀ DI IMMIGRATI PROVENIENTI DA PAESI DOVE SONO EFFETTUATE LE PRATICHE DI MUTILAZIONE GENITALE FEMMINILE PER REALIZZARE UNA ATTIVITÀ DI PREVENZIONE, ASSISTENZA E RIABILITAZIONE DELLE DONNE E DELLE BAMBINE GIÀ SOTTOPOSTE A TALI PRATICHE

(art. 4 – Legge n. 7 del 2006)

IL MINISTRO DELLA SALUTE

VISTA la legge 9 gennaio 2006, n. 7, recante “Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile”, ed in particolare l’articolo 4, il quale attribuisce al Ministero della Salute il compito di emanare delle linee guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche;

SENTITI i Ministri dell’istruzione, dell’università e della ricerca e per le pari opportunità;

ACQUISITO il parere favorevole della Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 20 settembre 2007;

DECRETA

Articolo 1

Sono adottate le linee guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche, allegate come parte integrante del presente decreto.

Il presente decreto entra in vigore dal giorno successivo alla sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

IL MINISTRO

PREMESSA

La legge 9 gennaio 2006, n. 7, recante “ Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile”, all’art. 4, prevede la definizione di Linee Guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile, per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche.

Le Linee Guida sono formate da due parti interdipendenti: una di carattere socio-antropologico che introduce alla tematica delle mutilazioni genitali femminili, illustrando le profonde motivazioni psicologiche, economiche, sociali e culturali, le caratteristiche del fenomeno in Italia, gli strumenti giuridici disponibili per contrastarlo; l’altra costituita dalle vere e proprie Linee Guida per gli operatori sanitari e gli operatori socio-culturali che operano con le comunità di immigrati, perché possano affrontare correttamente queste problematiche nell’esercizio della loro profes-

sione, per assistere e riabilitare le donne che ne sono state vittime e per prevenirne il ricorso. Pertanto la parte introduttiva assume nell'economia del documento un'importanza pari alle indicazioni tecnico-sanitarie. Si vuole infatti intenzionalmente evitare di dare una visione del problema solo dal punto di vista medico, proprio perchè le Mutilazioni genitali femminili non sono una patologia ma il risultato di credenze radicate nella coscienza individuale e collettiva dalle quali non si può prescindere per una presa in carico della salute della persona.

Con questo strumento si vuole dare anche una prima risposta, certamente non esaustiva, ad una esigenza di conoscenza di queste problematiche emersa nell'ambiente sanitario a seguito dell'arrivo in Italia di donne provenienti da paesi a tradizione escissoria, che ricorrono alle strutture sanitarie. Un problema poco, se non affatto, affrontato nella formazione universitaria in Italia, sul quale però gli operatori sanitari del Servizio Sanitario Nazionale e privati sono chiamati ad operare.

L'obiettivo è quello di offrire uno strumento di lavoro agli operatori sanitari, ma anche agli operatori socio-culturali, per accogliere e curare, con attenzione e professionalità, le donne che hanno subito mutilazioni genitali, senza manifestazioni di imbarazzo, di sorpresa o di curiosità, come è stato a volte denunciato, perchè possa essere instaurato quel rapporto di fiducia medico-paziente, che è il primo passo da parte delle donne per una diversa presa di coscienza del proprio corpo e del proprio benessere, ma anche per avviare un dialogo finalizzato a prevenire che le figlie di queste stesse donne possano a loro volta essere sottoposte a mutilazioni.

Presupposto di questo lavoro è un deciso rifiuto di ogni legittimazione di tradizioni culturali che contrastano con i principi che sono a fondamento della Costituzione italiana e un convinto sostegno alla formazione ai diritti umani, alla valorizzazione della dignità della persona, al sostegno all'esercizio delle libertà fondamentali delle donne.

1. LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI

1.1 Che cosa sono le mutilazioni genitali femminili

1. Con l'espressione mutilazioni genitali femminili si fa riferimento a tutte le forme di rimozione parziale o totale dei genitali femminili esterni o altre modificazioni indotte agli organi genitali femminili, effettuate per ragioni culturali o altre ragioni non terapeutiche. Si conoscono vari tipi di mutilazioni genitali femminili con diversi livelli di gravità, di cui la più radicale è comunemente chiamata infibulazione. Una pratica diffusa prevalentemente dell'Africa Subsahariana che l'immigrazione ha fatto conoscere anche in Europa e in Italia².
2. Il termine mutilazione utilizzato con riferimento a queste pratiche, è stato introdotto alla fine degli anni settanta, in sostituzione del termine circoncisione femminile, per sottolinearne i danni irreversibili sulla salute delle donne. Tale termine è stato adottato nella terza Conferenza del Comitato inter-africano sulle pratiche tradizionali che riguardano la salute delle donne e dei bambini, tenutasi ad Addis Abeba nel 1991, e nello stesso anno è stato raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come termine da utilizzare in ambito Nazioni Unite³.

2 World Health Organization (WHO), *Female genital mutilation, Fact sheet n. 241, giugno 2000*

3 Unicef, *Changing harmful Social Convention: female genital mutilations/cutting, Innocenti Digest 2005*

3. L'uso della parola "mutilazione", descrittivo della pratica, rafforza la connotazione negativa legata alla violazione dei diritti delle donne e delle giovani, un termine per questo accettato dalla comunità internazionale e dalle associazioni di donne africane, un termine che però crea disagio in chi profondamente crede nella bontà di queste pratiche che ascrive tra gli atti di "genitorialità" patriarcale finalizzati alla crescita e all'accettazione sociale delle proprie figlie ed ai meccanismi matrimoniali cui rimandano.

Un certo numero di esperti provenienti da paesi africani considera il termine mutilazione connotato troppo negativamente e pertanto usa preferibilmente il termine "cut" "taglio", perché più neutro e proprio per questo raccomandato dall'United States Agency for International Development (USAID)⁴. Nelle presenti Linee Guida sarà adottato il termine Mutilazioni Genitali Femminili, d'ora in poi MGF, coerentemente con i livelli di consapevolezza raggiunti da molte donne dei Paesi in cui queste pratiche sono diffuse, avendo nello stesso tempo rispetto per chi ancora vive secondo la tradizione.

1.2 Dove sono diffuse le mutilazioni genitali femminili

4. L'OMS stima che sono dai 100 ai 140 milioni le donne nel mondo sottoposte a MGF⁵ e che le bambine sottoposte a tali pratiche sono, ogni anno, circa 3 milioni⁶. Le MGF sono diffuse in 28 paesi africani e in Medio Oriente (Iran, Iraq, Yemen, Oman, Arabia Saudita, Israele). Tracce di MGF si rinvencono anche in alcuni paesi asiatici come l'Indonesia, la Malesia o in alcune regioni dell'India⁷. In alcuni paesi, come l'Egitto, la Guinea, il Sudan, il Mali, la Somalia le donne tra i 15-49 anni sottoposte a MGF superano il 90%, in Eritrea e in Etiopia sono tra l'80 e il 90%, in Burkina Faso e in Mauritania sono tra il 70 e l'80% (Mappa 1, Tabella 1). Negli altri paesi le percentuali a livello nazionale sono notevolmente più basse, ma, al loro interno, si riscontra una forte concentrazione in alcune regioni.

5. Un'analisi disaggregata dei dati infatti mostra una diffusione molto disomogenea sia all'interno del continente che all'interno dei vari paesi a seconda delle etnie che vi abitano, del livello di urbanizzazione, del livello di istruzione delle donne stesse. Si tratta di un costume in forte cambiamento in molti dei paesi africani, grazie ai movimenti delle donne in difesa dei propri diritti, al contrasto dei governi locali, alle azioni di contrasto promosse dalle or-

4 Yoder, P, Nourredine Abderrahim, and Arlinda Zhuzhuni, , *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A critical and Comparative Analysis*, *Demographic and Health Surveys (DHS), Comparative Reports n. 7*, 2004

5 WHO, 2000 *op.cit.*

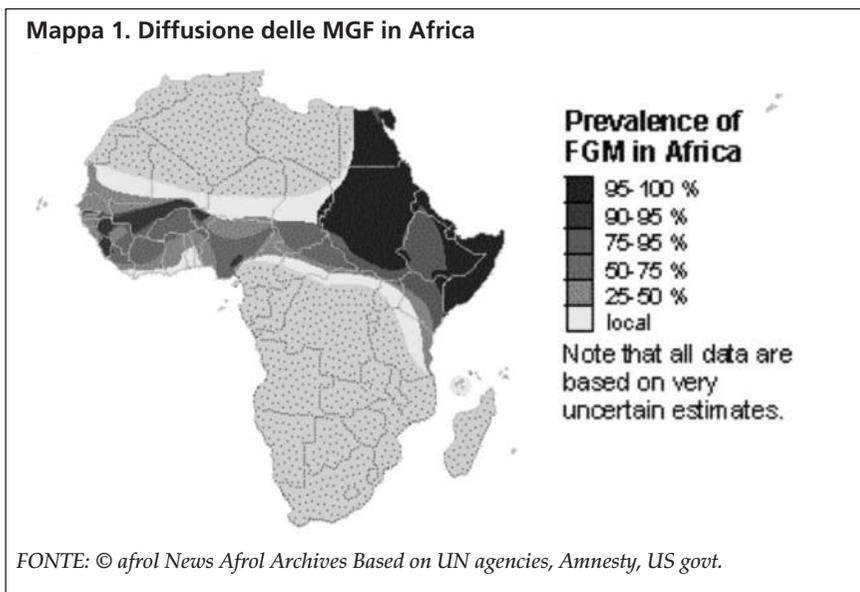
6 Unicef, 2005, *op. cit.*

7 www.state.gov/g/wi/rls/rep/9276.htm

8 *Le principali fonti sulla diffusione delle mutilazioni genitali sono Demographic and Health Surveys e Multiple Indicator Cluster Survey, realizzate attraverso questionari in gran parte dei paesi, ma non in tutti. Indicazioni che tengono conto di studi e fonti di informazioni locali sono contenute nel sito del governo americano, che è anche il governo che finanzia le varie rilevazioni. I dati riportati nella tabella e nella mappa tengono conto dell'insieme di queste rilevazioni.*

9 *Demographic and Health Surveys (DHS) – Unicef statistiche per paese aprile 2006*

Mappa 1. Diffusione delle MGF in Africa



ganizzazioni internazionali e dalle ONG .

Tabella 1. Diffusione delle MGF nei Paesi africani per tipologia

Paese	Prevalenza (% sulla pop.)	Tipo
Benin	17	escissione
Burkina Faso	77	escissione
Camerun	14	clitoridectomia e escissione
Centrafrica	36	clitoridectomia e escissione
Ciad	45	escissione e infibulazione
Costa d'Avorio	45	escissione
Congo	5	escissione
Egitto	97	clitoridectomia, escissione e infibulazione
Eritrea	89	clitoridectomia, escissione e infibulazione
Etiopia	80	clitoridectomia, escissione e infibulazione
Gambia	75	escissione e infibulazione
Ghana	12	escissione
Gibuti	95	escissione e infibulazione
Guinea	99	clitoridectomia, escissione e infibulazione
Guinea Bissau	50	clitoridectomia e escissione
Kenya	32	clitoridectomia, escissione e some infibulazione
Liberia	50	escissione
Mali	92	clitoridectomia, escissione e infibulazione
Mauritania	71	clitoridectomia e escissione
Niger	5	escissione
Nigeria	19	clitoridectomia, escissione, parte infibulazione
Senegal	30	escissione
Sierra Leone	75	escissione
Somalia	94	infibulazione
Sudan	90	infibulazione e escissione
Tanzania	18	escissione, infibulazione
Togo	15	escissione
Uganda	5	clitoridectomia e escissione

1.3 Le minorenni sottoposte a mutilazione genitale femminile

6. Le modalità di esecuzione delle MGF variano a seconda dei paesi e delle etnie, dalle forme più radicali a quelle più blande. In tutti i paesi le MGF sono praticate su bambine per espressa volontà e convinzione della madre, dei genitori e dell'intera comunità. È una caratteristica ricorrente che gli uomini, che hanno il vero potere decisionale, rimangano invisibili. Può variare l'età delle bambine: in Egitto oltre il 90% sono "mutilate" tra i 4 e i 15 anni, in Etiopia, Mali e Mauritania il 60% prima dei 5 anni, nello Yemen il 76% nelle prime due settimane di vita. Variazioni analoghe si possono riscontrare anche all'interno dello stesso paese: in Sudan ad esempio, il 75% delle bambine subiscono le mutilazioni tra i 9-10 anni in Sud-Darfur, mentre il 75% delle bambine in Kassala sono mutilate tra i 4-5 anni. Sebbene minoritarie, non mancano situazioni in cui le MGF, se non praticate da bambine, vengono praticate nell'adolescenza, al momento del matrimonio, durante la gravidanza o al momento del parto. Studi recenti hanno evidenziato un graduale abbassamento dell'età delle bambine sottoposte a MGF, spiegabile sia dalla maggiore facilità di occultare queste pratiche laddove sono proibite, ma anche dalla maggiore facilità di vincere eventuali resistenze da parte di bambine consapevoli.

1.4 Chi effettua le mutilazioni genitali femminili

7. Le MGF sono una pratica diffusa principalmente in alcuni Paesi dell'Africa. Nei villaggi dei Paesi interessati vi sono donne, generalmente anziane e autorevoli, che con rudimentali strumenti, in condizioni igieniche precarie, con anestetici e disinfettanti naturali, intervengono sulle bambine, traendo da questa attività un reddito. Crescente è la tendenza alla medicalizzazione di questo rito, e quindi alla pratica di MGF all'interno di strutture sanitarie ad opera di operatori sanitari. Si fa notare che, essendo una pratica che menoma la funzionalità di parti vitali di una persona, prevalentemente di minore età, senza alcuna finalità terapeutica, è proibita dalle leggi della maggior parte dei Paesi occidentali e africani, oltre che dalla comunità scientifica.

1.5 Origini storico-culturali delle mutilazioni genitali femminili

8. La pratica delle MGF risale indietro nel tempo. Secondo alcuni, si rinvennero tracce nell'antico Egitto, come testimonierebbe l'espressione "circoncisione faraonica" e successivamente nell'antica Roma, periodo al quale potrebbe essere legata anche la coniazione del termine infibulazione, da fibula, applicata a giovani schiavi di ambo i sessi, a giovani gladiatori e alle giovani schiave, per impedire loro rapporti sessuali e gravidanze.

Ne parla Erodoto come di una pratica conosciuta tra i Fenici, gli Ittiti, gli Etiopi e gli Egiziani. Menzione viene fatta anche nella letteratura medica antica: un medico greco (Soramus) che praticava ad Alessandria e a Roma, descrive dettagliatamente gli strumenti utilizzati, mentre un altro medico (Aetius) descrive le diverse fasi dell'operazione. "Entrambi sostengono che lo scopo era quello di far diminuire il desiderio sessuale".

Altre ipotesi si potrebbero fare, tutte ugualmente probabili, ma una cosa è certa: non è stato l'Islam ad introdurre in Africa le MGF, già presenti prima della sua diffusione. Si tratta di pratiche tribali, che in alcune comunità islamiche, ma certamente non in tutte, hanno trovato assenso e, a volte, condivisione di principi. Tuttavia non vi sono evidenze scientifiche di una correlazione tra religione e diffusione delle pratiche delle MGF, in quanto nei paesi in cui la pratica è molto diffusa, lo è indistintamente tra la popolazione islamica e la popolazione cristiana (rispettivamente 99,4 e 93,8% in Guinea, 91,9 e 75,5%

- in Mali, 77,9 e 66.0% in Burkina Faso). Sembra invece che la diffusione di queste pratiche possa essere spiegata più facilmente dall'appartenenza etnica.
9. Ma se poco rilevante è il legame tradizione escissoria-religione, molto più importante è il ruolo che tali pratiche tradizionali hanno nella definizione dell'identità di genere e nella formazione dell'appartenenza etnica, oltre che nella definizione dei rapporti tra i sessi e le generazioni.
 10. Le MGF vengono collocate tra le tradizioni che segnano il passaggio dall'infanzia all'età adulta, un rito attraverso il quale si diventa "donna". Un'identità di genere costruita socialmente che darebbe senso ad un'identità biologica, attraverso la manipolazione fisica del corpo, l'asportazione della parte "maschile" dell'apparato genitale femminile (clitoride). Una manipolazione che costringe le bambine future donne a movimenti contenuti e misurati per le ferite subite, ad una andatura flessuosa e lenta più rispondente al ruolo che alla donna è attribuito nella società. Una manipolazione che già dall'infanzia pone fine ad ogni forma di promiscuità tra bambine e bambini, perché le bambine non sono più in grado di fare quei giochi che richiedono una libera espressione del proprio corpo.
 11. La ritualità, più o meno marcata a seconda dei paesi, si trasmette da madre in figlia, da generazioni di donne ad altre generazioni all'interno di un mondo femminile che soltanto ad operazione avvenuta si apre alla collettività, che però esercita in ogni momento una forte pressione sulle decisioni di tutte le donne.

1.6 Le ragioni delle mutilazioni genitali femminili

12. Socio-culturali. In alcune comunità vi è la credenza che soltanto con la rimozione del clitoride una donna possa raggiungere la maturità e divenire a pieno titolo componente della comunità. Le MGF sono considerate anche una forma di controllo della sessualità della donna, che solo privata di una parte dei suoi organi genitali, potrà mantenersi vergine e casta. Significa anche "purificare la donna" dei genitali esterni perché, secondo alcune tradizioni, questi hanno effetti negativi sulla sua salute mentale, ma anche sulla vita del proprio marito e dei futuri figli. In questo contesto culturale le MGF aprono alle donne le porte del matrimonio, che in molte comunità comporta anche accesso alla terra e quindi alla sopravvivenza. La trasmissione di credenze e valori associati alle MGF avviene attraverso una forte pressione sociale dell'intera comunità sulle giovani generazioni e sulle loro famiglie. Un ruolo importante è giocato dalle donne anziane, generalmente persone autorevoli e rispettate dall'intera comunità, che hanno nelle MGF una fonte sicura di reddito.
13. Igieniche ed estetiche. Le comunità che praticano le MGF associano ai genitali femminili esterni un'idea di bruttezza e di nocività, pensano che se non opportunamente ridotti, possono continuare a crescere condizionando la vita della donna. La rimozione, più o meno radicale, delle parti esterne rende la donna più bella da un punto di vista estetico e più pulita da un punto di vista igienico, un concetto di bellezza cui è associato un significato più profondo di purezza spirituale.
14. Spiritualità e religiose. Alcune comunità derivano questo imperativo dalla religione e credono, pertanto, che le MGF siano indispensabili per rendere le giovani donne pure spiritualmente. In alcune realtà musulmane si tende a credere che il Corano prescriva tali pratiche, ma ciò non è assolutamente vero. Non risultano tali prescrizioni da alcun testo sacro.
15. Psicologiche e sessuali. In alcune comunità si tende a sostenere la necessità di MGF per prevenire una incontrollata attività sessuale delle giovani donne, do-

vuta ad una crescita eccessiva del clitoride che aumenterebbe il desiderio sessuale. Le MGF sarebbero quindi necessarie per preservare la verginità delle giovani donne che possono così giungere al matrimonio vergini, per tutelare gli uomini e l'intera comunità da una vita sessualmente dissoluta. Si crede inoltre che il restringimento della vagina possa provocare un maggior piacere per l'uomo nel rapporto sessuale, e quindi prevenire l'infedeltà e i divorzi. In alcune comunità si crede inoltre che le MGF possano favorire la fertilità.

1.7 Le ragioni del contrasto alle mutilazioni genitali femminili

16. Gli organismi internazionali (OMS, Unicef, Unfpa), gli Stati, siano essi occidentali che africani o medio orientali, sono tutti concordi nel ritenere che le MGF rappresentano una grave violazione dell'integrità fisica, psichica e morale delle donne, una grave violazione di uno dei diritti umani fondamentali che è il diritto alla salute.
17. È dimostrato da diversi studi, come dalla pratica medica quotidiana, che le MGF comportano serie conseguenze sulla salute fisica e mentale delle bambine e delle donne, anche per le patologie legate alle complicanze che ne derivano che dipendono dalla gravità delle mutilazioni, dalle condizioni igieniche in cui sono eseguite ma anche nelle quali abitualmente vivono le donne, dall'abilità delle persone che eseguono l'intervento.
18. Le MGF causano complicanze a breve, medio e lungo termine legate soprattutto a patologie infiammatorie, ostetriche, psico-sessuali, esiti cicatriziali che condizionano la salute della donna e del neonato.
19. Le MGF, in alcuni casi chiamate anche circoncisione femminile, si differenziano dalla circoncisione maschile, praticata e consentita in molti paesi per ragioni religiose ed igieniche, perché sono pratiche tradizionali che hanno come effetto la mutilazione irreversibile del corpo delle donne e l'alterazione violenta dell'identità psicofisica, senza alcuna giustificazione nell'interesse della salute. Per questo, a differenza della circoncisione maschile, che non è invalidante, sono proibite.

2. LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI IN ITALIA

2.1 Movimenti migratori

20. I flussi migratori che hanno interessato l'Italia negli ultimi trenta anni hanno introdotto anche comportamenti, costumi e tradizioni precedentemente sconosciuti.

La consapevolezza della presenza di donne che hanno subito MGF sul territorio nazionale si è avuta nel corso dei primi anni novanta, quando con il rinsaldarsi dei processi di integrazione, le donne straniere hanno avuto accesso ai servizi sanitari sia per ricevere assistenza nel periodo di gravidanza e nel momento del parto sia per curare patologie specifiche derivanti dalle MGF.

Oggi, in Italia, sono due gli aspetti assunti da questo fenomeno:

1. presenza di donne escisse e infibulate provenienti da Paesi dove vige la tradizione della pratica escissoria;
2. giovani donne e bambine che rischiano o subiscono la pratica delle MGF durante il periodo di permanenza in Italia, o comunque durante un periodo di vacanze nel paese di origine dei genitori.
21. Di fronte ai due aspetti sono state messe in atto strategie diverse: di fronte a problemi di salute delle donne derivanti dalle MGF le strutture sanitarie e gli operatori della sanità hanno risposto con il loro aggiornamento e adeguamento per offrire tutte le cure possibili e garantire la salute della donna; di fronte alla possibilità che tale tradizione possa essere continuata anche in Italia nei

confronti di bambine che vi vivono, sono state previste severe norme di condanna, di cui la legge n. 7/2006 è l'espressione più recente. In Italia infatti ogni alterazione non terapeutica dell'organismo è un reato.

2.2 Dimensioni del fenomeno

22. Vi è un'obiettivo difficoltà a quantificare l'estensione del fenomeno nei due suoi principali aspetti: numero di donne che hanno subito una delle pratiche escissorie, bambine potenziali vittime di escissione. Sono stati condotti studi per stimare la consistenza di entrambi gli aspetti del fenomeno, in Italia, ma più frequentemente all'estero, concentrando l'attenzione sulle comunità provenienti da paesi nei quali questa tradizione è radicata, che hanno portato, più che alla rilevazione di statistiche, alla emersione delle numerose variabili che possono influenzare la consistenza e la dinamica del fenomeno in ogni paese di immigrazione. La metodologia più diffusa è quella di prendere in considerazione le comunità presenti sul territorio provenienti dai Paesi interessati da queste pratiche e la loro composizione per età, ed ipotizzare che queste comunità possano adottare gli stessi comportamenti di quelle in patria.
23. Questa metodologia non porta tuttavia a risultati certi. La durata dell'esperienza migratoria infatti, le caratteristiche del paese di accoglienza, ma anche la particolare congiuntura economica corrispondente al periodo di integrazione, oltre alla dimensione della comunità immigrata, influenzano fortemente i comportamenti degli immigrati, il loro livello di apertura e integrazione nella società di accoglienza, quindi il loro attaccamento alle tradizioni. Più elevato è il livello di integrazione, (misurabile dall'inserimento degli immigrati nei segmenti centrali del mercato del lavoro, dall'innalzamento del livello di istruzione delle donne, dall'inserimento scolastico dei minori, dall'accesso ai servizi sanitari e sociali, dalla partecipazione alla vita del paese), più elevata è la propensione ad abbandonare pratiche tradizionali, addirittura condannate nei Paesi di accoglienza.
24. Avendo presente tutte queste precauzioni, si può azzardare una stima del fenomeno.
Secondo i dati forniti dal Ministero dell'Interno, in Italia la presenza di donne straniere titolari di permesso di soggiorno valido al 31 luglio 2006 (Tabella 2), provenienti da Paesi a tradizione escissoria è pari a 188.047, di cui 125.421 (66,7%) ha tra i 19-40 anni, 54.738 (29,1%) ha oltre 40 anni, 7.070 (3,8%) ha dai 14-18 anni e 818 sono bambine con meno di 13 anni (0,4%). Questa ultima fascia di età corrisponde alle potenziali vittime. Un dato questo globale, che va ulteriormente ridotto sulla base dell'ipotesi che già in origine non tutte le donne provenienti dai paesi indicati appartengono ad etnie o comunità che praticano le MGF.
25. Se si dovesse attribuire alle comunità presenti in Italia la stessa diffusione delle MGF riscontrata tra la popolazione dei paesi di origine, il dato complessivo delle donne interessate si ridurrebbe ad un valore medio del 50%, pari ad un valore assoluto di 93.809 persone, questo senza tener in considerazione il fatto che molte delle donne appartenenti ad etnie e comunità che praticano le MGF cambiano i loro comportamenti a seguito dell'esperienza migratoria, nella maggior parte dei casi verso un abbandono progressivo delle pratiche di mutilazione, in alcuni invece verso il rafforzamento dei legami con le tradizioni e con i paesi di origine .
26. Procedendo secondo questa metodologia, assumendo, in modo non proprio scientifico, un omogeneo comportamento per tutte le fasce di età, si ottengono i seguenti risultati: rispetto ad un totale di 93.809 donne, le bambine a ri-

schio si ridurrebbero a 409, a 3.535 le bambine dai 14 ai 18 anni, a 62.710 le donne dai 19 ai 40 anni (la fascia delle madri) e a 26.098 le donne con oltre 40 anni (donne mature).

27. Da questi dati, per quanto approssimativi e parziali - si devono infatti aggiungere quelli riguardanti le donne clandestine provenienti dalle stesse aree- si possono tuttavia trarre alcune considerazioni sulla presenza del problema in Italia: il problema c'è e riguarda un numero limitato e ben individuabile di persone. Questo non ne riduce la gravità, che è data dalle violazioni dell'integrità della persona che le mutilazioni producono, e rimane elevata anche se riguarda una sola persona a rischio. Il Servizio Sanitario Nazionale e gli operatori del settore hanno intercettato questo problema su tutto il territorio nazionale nel corso dello svolgimento delle loro funzioni e le loro testimonianze ne confermano le ridotte dimensioni.

2.3 Principi di intervento

28. Ogni bambina, ogni donna è portatrice di un diritto alla salute, all'integrità della propria persona, al di là di ogni tradizione e convenzione. Non cadere in un falso relativismo culturale, di rispetto di tradizioni che contrastano con i principi fondamentali della Costituzione italiana e delle più importanti convenzioni internazionali, ratificate anche da molti Paesi che praticano le MGF. Conoscere queste tradizioni nella loro giusta dimensione, evitare stigmatizzazioni e/o criminalizzazioni. Predisporre il terreno al dialogo, all'accoglienza di chi di queste pratiche è stato vittima, di chi in merito a queste pratiche si trova a decidere in contrasto con la propria coscienza, con la propria comunità. Far sapere alle comunità interessate che in Italia queste pratiche sono proibite, non per una forma di discriminazione nei loro confronti né per una forma di avversione alla loro cultura, ma in nome di principi universali di libertà, di uguaglianza tra uomini e donne, della tutela dell'integrità fisica e psichica dei minori, del rispetto della dignità della persona: principi che in Italia sono diritti di tutti, anche delle donne provenienti da Paesi a tradizione escissoria, principi posti a base della convivenza.
29. Fare in modo che le strutture sanitarie siano preparate per affrontare queste problematiche, che gli operatori sanitari e socio-culturali siano informati sull'esistenza di queste tradizioni e sappiano offrire alle donne sottoposte a tali pratiche l'assistenza necessaria sia nella maternità, che nelle patologie legate a queste pratiche. Fare in modo che gli operatori sanitari abbiano un'informazione scientifica - medica, sociologica ed antropologica - per stabilire relazioni positive con le donne che si rivolgono alle strutture sanitarie e con le comunità che praticano le MGF.
30. Fare in modo che operatori sanitari e sociali siano in grado di contrastare la pratica di MGF sul nostro territorio sottraendo a questo destino le bambine. Per rispettare il diritto delle bambine alla salute, ad una vita sessuale piena e alla funzione riproduttiva sana. Ma non basta parlarne, seppur in modo corretto, a livello divulgativo. E' necessario che gli operatori sanitari e gli operatori sociali acquisiscano una conoscenza scientifica di queste problematiche nel corso della loro formazione universitaria e post-universitaria.

Tabella 2. Donne straniere titolari di permesso di soggiorno alla data del 31 luglio 2006 provenienti da Paesi con tradizione escissoria

Nazionalità	Numero (%MGF/pop)*	Tasso di prevalenza	Dato corretto
Benin	1.307	17	222
Burkina Faso	5.450	77	4.197
Camerun	4.229	14	592
Centrafrica	73	36	26
Ciad	84	45	38
Congo	3.236	5	162
Costa d'Avorio	9.757	45	4.391
Egitto	45.873	97	44.497
Emirati Arabi Uniti	22	0	0
Eritrea	6.883	89	6.126
Etiopia	5.001	80	4.001
Gambia	446	75	335
Ghana	22.996	12	2.760
Gibuti	29	95	28
Guinea	1.391	99	1.377
Guinea Bissau	99	50	50
Guinea Equatoriale	30	0	0
Kenya	1.100	32	352
Liberia	1.133	50	567
Mali	460	92	423
Mauritania	584	71	415
Niger	669	5	33
Nigeria	23.772	19	4.517
Oman	11	0	0
Papua Nuova Guinea	11	0	0
Repubblica democratica del Congo	966	5	48
Senegal	43.324	30	12.997
Sierra leone	683	75	512
Somalia	3.739	94	3.515
Sudan	1.300	90	1.170
Tanzania	639	18	115
Togo	2.032	15	305
Uganda	354	5	18
Yemen	105	23	24
Zambia	162	0	0
Zimbabwe	97	0	0
TOTALE	188.047	50	93.809

*I tassi di prevalenza sono tratti dal DHS e quando non disponibili da altre fonti (Unicef o studi settoriali)

3. LA LEGISLAZIONE

3.1 La legislazione in Italia

In Italia la tutela della salute è uno dei principi fondanti della Costituzione, che all'art. 32 precisa " La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana". In questa ottica si pone ogni altro intervento legisla-

tivo, inclusa la legge n. 7 del 9 gennaio 2006 “Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile” appositamente varata per il contrasto delle mutilazioni genitali femminili. Tale Legge è divisa in due capitoli, e fa precedere significativamente le misure preventive alle misure punitive, in considerazione del fatto che una prevenzione efficace, potrebbe vanificare le misure di repressione, perché non ci saranno bambine sottoposte alle MGF. Inoltre, prevede risorse finanziarie per realizzare attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione. Prevede infatti la realizzazione di campagne di informazione con il coinvolgimento delle organizzazioni con esperienza in questo settore e delle comunità interessate dalle mutilazioni genitali femminili, la formazione del personale sanitario e socio-sanitario per affrontare i problemi sanitari incontrati dalle donne che hanno subito la pratica delle Mutilazioni genitali anche con la definizione di linee guida specifiche, la realizzazione di materiale informativo compresa la creazione di un numero verde presso il Ministero dell’Interno. Le misure punitive vanno a modificare gli articoli 583 e 604 del Codice penale, introducendo, con l’art. 583 bis il reato di pratica di MGF ed inasprendo le sanzioni per chi le provoca, in particolare prevedendo la detenzione da 4 a 12 anni per chi pratica le mutilazioni, in assenza di esigenze terapeutiche e con lo scopo di modificare le funzioni sessuali della vittima, aumento della pena di un terzo quando la vittima è una persona minore, e possibilità di punire l’autore anche quando l’intervento è eseguito all’estero su cittadina italiana o straniera residente in Italia. Una aggravante è prevista poi per il personale medico, con la radiazione dall’albo e la sospensione dell’esercizio della professione. Già prima della legge specifica sull’argomento, in Italia l’art. 5 del Codice Civile definisce gli Atti di disposizione del proprio corpo vietati quando cagionino una diminuzione permanente dell’integrità fisica del corpo umano, l’art. 582 del Codice Penale configura il reato di lesioni personali dalle quali derivano una malattia nel corpo e nella mente e il successivo art 583 del Codice Penale individua tra le circostanze aggravanti di detto reato effetti riconducibili alle pratiche di MGF in esame. Inoltre è previsto il divieto ai medici di effettuare pratiche di MGF già dai vari Codici di Deontologia Medica e da ultimo dal nuovo Codice di Deontologia Medica – F.N.O.M.C.eO., del 16 dicembre 2006, che all’art. 52 dal titolo “Torture e trattamenti disumani” recita: “Il medico non deve praticare per finalità diverse da quelle diagnostiche e terapeutiche, alcuna forma di mutilazione o menomazione né trattamenti crudeli, disumani o degradanti”.

3.2 La legislazione negli altri Paesi occidentali

I Paesi occidentali che, a seguito dei flussi migratori, hanno ospitato sul proprio territorio comunità provenienti da Paesi a tradizione escissoria hanno un apparato di norme che contrastano la pratica di mutilazione genitale femminile sul proprio territorio; alcuni hanno legiferato specificatamente in merito, altri ricorrono a norme già in vigore, volte alla tutela dell’integrità fisica della persone, delle donne e dei minori.

Paesi con leggi specifiche

Svezia. È stato il primo Paese occidentale ad adottare una legge che proibisce le MGF: Legge n. 316 del 27 maggio 1982.

Gran Bretagna. È in vigore The U.K. Female Genital Mutilation Act 2003 (chapter 31-2003) ottobre 2003, che ripropone con modifiche la legge del 1985. A questi provvedimenti si aggiunge il Children Act del 1989, che consente l’allontanamento del minore dalla famiglia, qualora tale misura costituisca l’unica alternativa per la protezione del bambino, unitamente al divieto per i genitori di portare il minore all’estero.

Norvegia. È in vigore la legge n. 74 del 15 dicembre 1995 che proibisce la MGF dal 1998.

Paesi che proibiscono le MGF nell'ambito di norme contro la violenza sui minori, violenza fisica in generale.

Belgio. La legge 28 novembre 2000 sulla protezione penale dei minori, reintroduce nel codice penale, all'art. 29, sanzioni specifiche contro chi pratica MGF

Francia. Pur non avendo una norma specifica sulle MGF, è applicabile a tale pratica l'art. 312 del Codice Penale, come sostenuto dalla Corte Costituzionale (20/08/1983).

Germania. Anche in questo Paese sono applicati alle MGF gli articoli del Codice Penale sulla violenza fisica (artt. 223, 224, 226), uno dei quali parla di "perdita di capacità di procreare" ma non nomina esplicitamente le MGF.

Olanda. L'art. 11 della Costituzione stabilisce il diritto della persona all'integrità fisica, all'autodeterminazione e alla libertà dalla violenza fisica perpetuata da altri. Ogni violazione fisica non terapeutica è considerata una violenza. L'ambiente medico e le organizzazioni femminili africane si sono opposti a una proposta governativa di autorizzazione di riti simbolici.

Spagna. La legge organica 11/2003 del 29 settembre, che prevede misure in materia di sicurezza dei cittadini, la violenza domestica e l'integrazione sociale degli extracomunitari, prevede la modifica dell'art. 149 del Codice penale introducendo sanzioni specifiche contro chi pratica MGF

Svizzera. Il Codice Penale punisce le pratiche di MGF, assimilabili a lesioni corporali gravi, quindi ritenute violazione dei diritti umani.

Australia. La Queen' Law Commission del 1996 raccomanda di valutare le MGF come mutilazione e non come tradizione. Sei degli otto Stati dell'Australia hanno adottato leggi specifiche che proibiscono le MGF.

Canada. L'art. 268 del Codice Penale (1997) emendato, dalla legge C-27 del 27 aprile 1997, comprende tra le lesioni aggravate le MGF. Dal 1993 è in vigore il Refugee Board Guidelines che contempla la possibilità per le donne di chiedere asilo per persecuzioni sulla base del genere, tra cui è prevista la mancanza di protezione rispetto alle MGF.

Nuova Zelanda. Le modifiche, in vigore dal 25 febbraio 2002, apportate al Crimes Amendment Act (1995) comprendono il divieto esplicito di pratiche di MGF.

Stati Uniti. La legge sull'immigrazione illegale - Illegal Immigration reform e Immigrant responsibility Act - vieta ogni pratica di MGF su minorenni. 15 Stati americani hanno adottato una legge ad hoc sulle MGF. Nel 1996 il Tribunale Amministrativo d'Appello ha riconosciuto le MGF come forma di persecuzione basata sull'appartenenza di genere, pertanto riconosciuta come motivo valido per il riconoscimento dello status di rifugiato.

3.3 La legislazione nei Paesi africani.

Nessun governo di nessun Paese africano dichiara apertamente il sostegno alle MGF. Molti hanno approvato leggi nazionali contrastanti le pratiche tradizionali, che però trovano grandi difficoltà nella loro attuazione.

Benin. In vigore la legge 3 marzo 2003 sulla repressione di pratiche di MGF.

Burkina Faso. La legge n. 43/96/ADP del 13 novembre 1996, ha emendato il Codice Penale, prevedendo all'art. 380 sanzioni per chiunque violi o tenti di violare l'integrità fisica degli organi genitali femminili e sanzioni più gravi in caso di morte.

Camerun. Non vi è una specifica legge, ma gli articoli 277-281 del codice penale possono essere usati anche nei casi di MGF.

Ciad. La legge n. 6/PR/2002 concernete la promozione della salute prevede anche la proibizione delle MGF.

Costa D'Avorio. Nel 1998 è stata approvata una legge che definisce mutilazione la violazione dei genitali femminili e prevede per queste pratiche sanzioni specifiche.

Djibuti. Nel 1995 è stato emendato il Codice Penale che, all'art. 333, punisce chi pratica le MGF.

Egitto. Un decreto del Ministro della Sanità del 1996, proibisce le MGF; che nel 1997 è stato convalidato, dopo impugnazione, dalla Corte Costituzionale. La motivazione recita esplicitamente che la pratica non rientra nelle tradizioni islamiche. Una sentenza del Consiglio di Stato (dicembre 1997) vieta tali pratiche anche in presenza del consenso della giovane e dei suoi genitori.

Eritrea. Un provvedimento del Governo di Asmara del 31 marzo 2007 punisce chiunque richiede, partecipi o promuove interventi MGF.

Etiopia. La Costituzione del 1994 stabilisce che lo Stato deve proteggere le donne da pratiche e costumi nocivi, che, pertanto, sono proibiti.

Ghana. La Costituzione del 1992 stabilisce che sono proibite tutte le pratiche che ledono il benessere fisico e mentale della persona e all'art. 39 rinalza stabilendo che sono abolite tutte le pratiche tradizionali dannose per la salute ed il benessere della persona. Il Codice Penale condanna esplicitamente le MGF.

Guinea. È in vigore la legge n. 2005, approvata nel febbraio 2006 sulla proibizione delle MGF. La Costituzione inoltre contiene un articolo che sostiene il diritto all'integrità fisica della persona e condanna tutte le forme di trattamento inumano.

Kenya. Il Chief Act del 1982 sancisce l'illegittimità della pratica e punisce chi ne è responsabile. Il Children Act n. 8 del 2001 contiene inoltre un'esplicita condanna delle MGF.

Mali. Legge n. 02-44 del 24 giugno 2002 sulla salute riproduttiva proibisce le MGF mentre l'ordinanza 04-019 incorpora il Protocollo di Maputo nella legge.

Mautitania. Ordinanza n. 2005-015 e capitolo II articolo 12 del Codice penale che proibisce le pratiche di MGF nei minori.

Niger. Legge n. 2003-025 che ha emendato il codice penale criminalizzando ogni forma di MGF.

Nigeria. Non c'è una legge federale, ma molti stati hanno adottato leggi specifiche di proibizione delle MGF.

Repubblica Centro Africana. Nel 1996 il Presidente ha emanato una ordinanza che proibisce le MGF, con l'obiettivo di conformarsi alla Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo.

Repubblica democratica del Congo. Non vi è una specifica legge, ma gli articoli 46-48 del Codice Penale possono essere utilizzati anche nei casi di MGF.

Senegal. Il Codice Penale, rivisto nel gennaio 1990, prevede, all'art. 299 esplicitamente che chiunque violi o tenti di violare l'integrità fisica degli organi genitali di una persona di genere femminile è soggetto alla punizione del carcere da 6 mesi a 5 anni.

Sierra Leone.

Sudan. Nel 1946 è stata approvata una legge che proibiva l'infibulazione; successivamente (1976) la legge è stata rivista in modo meno restrittivo.

Tanzania. Nel 1998 è stato modificato il Codice Penale che stabilisce, all'art. 169A, sanzioni per chi pratica MGF su minori di diciotto anni.

Togo. Nel n. 16 del 1998 è stata approvata una legge che prevede sanzioni per chiunque pratichi MGF e invita il Servizio Sanitario Pubblico a fornire le cure eventualmente necessarie alle vittime.

Uganda. La Costituzione del 1995 proibisce ogni legge, cultura, costume o tradizione contrarie alla dignità della persona, al benessere o all'interesse delle donne o che ne compromettono lo status.

3. 4 Convenzioni internazionali per la protezione delle donne dalle mutilazioni genitali femminili

Le MGF violano le principali convenzioni internazionali relative ai diritti umani, ai

diritti delle donne e ai diritti del fanciullo. Le convenzioni, sottoscritte dai Paesi occidentali e africani, nel contrastare le MGF tendono a garantire alle donne e alle bambine:

- il diritto alla salute;
- il diritto a non essere soggetto a pratiche crudeli e degradanti;
- il diritto all'integrità fisica e sessuale;
- il diritto alla riproduzione.

Diritto alla salute. Le MGF, che compromettono la salute e la vita delle donne e dei bambini, rappresentano una palese violazione a numerose convenzioni ONU ed altri Organismi internazionali:

- *Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo* (1948): proclama il diritto di ogni essere umano di vivere in condizioni tali da godere buona salute e assistenza sanitaria e all'art. 3 stabilisce il diritto alla vita, alla libertà e alla sicurezza della persona;
- *Convenzione dei diritti del fanciullo* (1989): offre strumenti di prevenzione delle MGF e all'art. 24 stabilisce che gli Stati devono prendere tutte le misure efficaci ed appropriate per abolire le pratiche tradizionali che possono risultare pregiudizievoli alla salute del fanciullo;
- *Convenzione per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne*, approvata dall'Unione Europea nel 1981: stabilisce la parità di accesso ai servizi sanitari, alla pianificazione familiare;
- *Carta africana sui diritti e il benessere del fanciullo* (1990): propone molti dei diritti della Convenzione sui diritti del fanciullo in nome dei quali si può promuovere il contrasto delle MGF;
- *Carta africana dei diritti umani e dei popoli* (1981): afferma che gli esseri umani sono inviolabili.

Diritto a non essere soggetto a trattamenti crudeli e degradanti. Le MGF, secondo documenti internazionali, rappresentano una forma di trattamento crudele e degradante nei confronti delle donne e delle bambine:

- *Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo* (1948): l'art. 5 recita "nessun individuo potrà essere sottoposto a tortura o a trattamenti o a punizioni crudeli, inumani o degradanti", e l'art. 22 recita "ognuno, come membro della società,ha diritti sociali e culturali indispensabili per la sua dignità e il libero sviluppo della sua personalità";
- *Convenzione ONU contro la tortura e altri trattamenti e punizioni disumani e degradanti* (1989): definisce la tortura come ogni azione che intenzionalmente causa ad una persona pene gravi o sofferenze, fisiche e mentali, per motivi di discriminazione, in presenza o per conto di un funzionario pubblico;
- *Convenzione ONU sui diritti del fanciullo* (1989): l'art. 37 afferma che nessun bambino deve essere sottoposto a tortura o a trattamenti inumani e degradanti;
- *Carta africana sui diritti e il benessere del fanciullo* (1990): l'art. 5 dichiara che ogni individuo ha il diritto al rispetto della dignità insita in ogni essere umano e al riconoscimento dello status legale e proibisce ogni forma di trattamento che viola tale dignità. Raccomanda inoltre agli Stati di eliminare pratiche sociali e culturali pericolose che influenzano il benessere, la dignità, la normale crescita e il normale sviluppo del bambino.

Diritto all'integrità fisica e sessuale. Le MGF violano l'integrità fisica e sessuale delle donne e delle bambine, come sostenuto da documenti internazionali:

- *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo* (1948): l'art. 3 sostiene il diritto di

- ognuno alla vita, alla libertà e alla sicurezza della persona;
- *Convenzione per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione delle donne* (1979): condanna ogni discriminazione sulla base del sesso, che ha come obiettivo quello di porre la donna in una condizione di inferiorità rispetto all'uomo;
- *Protocollo aggiuntivo alla Carta Africana sui diritti dell'uomo e dei popoli sui diritti delle donne in Africa* (2003), conosciuto come il Protocollo di Maputo: nel promuovere la parità dei diritti tra uomo e donna, all'art. 5 impegna gli Stati a condannare e a proibire ogni pratica pregiudizievole che si ripercuote negativamente sui diritti umani delle donne, contrari agli standard internazionalmente riconosciuti; all'art. 14 afferma il diritto alla salute sessuale e riproduttiva.

Diritto alla riproduzione.

- *Raccomandazione sull'uguaglianza dell'uomo e della donna nel matrimonio e nella famiglia* (1994), ad integrazione della Convenzione ONU per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione delle donne, ha riconosciuto il diritto alla donna di programmare il numero dei figli;
- *Il Protocollo alla Carta africana sui diritti dell'uomo e dei popoli sui diritti delle donne in Africa* (Protocollo di Maputo, 2003), impegna gli Stati ad assicurare il diritto delle donne alle salute, compresa la salute sessuale e riproduttiva.

4. LINEE GUIDA

4.1 Premessa

La formazione del personale che opera in ambito sanitario è una delle azioni prioritarie per la tutela della salute delle donne e delle bambine immigrate, in materia di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle stesse già sottoposte a pratiche di mutilazione genitale femminile.

Tale personale è rappresentato dal personale medico (pediatra, ostetrico-ginecologo, neonatologo, chirurgo etc.) e da ogni altro operatore sanitario che comunque si relazioni con le donne e con le bambine già sottoposte a tali pratiche (ostetriche, infermiere, psicologi).

La formazione degli operatori sanitari è fondamentale per facilitare la comunicazione, soprattutto in riferimento all'approccio da tenere con le donne e le bambine già sottoposte a tali pratiche, al fine di far fronte ai loro bisogni sanitari e psicosociali e per formarle ad una fisicità in linea con la tutela della salute.

Determinante è anche la formazione delle figure professionali (mediatori/trici culturali, assistenti sociali, volontariato) che operano con le comunità di immigrati provenienti dai Paesi con tradizioni escissorie.

Un ruolo importante è, inoltre, anche quello svolto dagli operatori della scuola (insegnanti, responsabili della formazione e dell'educazione alla salute).

4.2 Nota metodologica di classificazione delle raccomandazioni

Le seguenti Linee Guida sono state elaborate tenendo conto dei criteri e dei metodi previsti dal Manuale Metodologico "Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica" (ASSR maggio 2002).

Le raccomandazioni riportate nelle presenti Linee Guida sono classificate con lettere che indicano in senso decrescente la forza delle raccomandazioni rispetto alla qualità delle prove scientifiche che ne supportano l'uso.

La classificazione di una raccomandazione secondo la gradazione A, B, C, D, E non rispecchia solo la qualità metodologica delle prove disponibili, ma anche il peso assistenziale dello specifico problema, i costi, l'accettabilità e la praticabilità dell'intervento.

Questo schema differenzia chiaramente il livello di prova dalla forza delle raccomandazioni cercando di utilizzare le due dimensioni in modo relativamente indipendente, pur nell'ambito della massima trasparenza e secondo i criteri espliciti alla base degli schemi di grading.

Livelli di evidenza

- I Prove ottenute da più studi clinici controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati
- II Prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato
- III Prove ottenute da studi di coorte non randomizzati con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi
- IV Prove ottenute da studi retrospettivi tipo caso-controllo o loro metanalisi
- V Prove ottenute da studi di casistica ("serie di casi") senza gruppo di controllo
- VI Prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti come indicato in linee guida o consensus conference.

Forza delle raccomandazioni

- A L'esecuzione di quella particolare procedura o test diagnostico è fortemente raccomandata. Indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di tipo I o II
 - B Si nutrono dei dubbi sul fatto che quella particolare procedura o intervento debba sempre essere raccomandata, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata
 - C Esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento
 - D L'esecuzione della procedura non è raccomandata
 - E Si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura
- Condotta di "buona pratica clinica" basata sull'esperienza del gruppo che ha sviluppato le linee guida

4.3 Raccomandazioni per le figure professionali sanitarie

In materia di approccio e trattamento delle MGF, appaiono quanto mai necessarie Linee Guida tecniche per il management clinico, codici di comportamento sulla qualità dell'assistenza, servizi sanitari specializzati per la cura e la consulenza medica e psicologica.

Gli operatori sanitari del Servizio Sanitario Nazionale dovrebbero avere una conoscenza di base di che cosa sono le MGF, gli aspetti sanitari, antropologici e sociologici ad esse connessi.

I medici di base e i pediatri di libera scelta dovrebbero essere in grado di cogliere i risvolti sanitari delle MGF e di individuare il rischio che eventualmente potrebbe correre una bambina che vive in comunità con tradizioni escissorie.

Gli operatori sanitari delle strutture che registrano molti casi di utenti sottoposte a MGF dovrebbero disporre di protocolli operativi per facilitare la cura di queste donne, per riuscire ad incrementare la probabilità di ricorso fiduciario al Servizio Sanitario Nazionale, per instaurare un rapporto di fiducia con uno stesso operatore, onde evitare alla donna ripetute esposizione della propria e delicata storia e assicurare la continuità terapeutica.

Tutti gli Enti che lavorano in questo campo dovrebbero essere collegati tra loro a livello nazionale e a livello europeo. Dovrebbe esistere un meccanismo di approccio coordinato tra tutti gli Enti a livello europeo per valutare gli aspetti etici e medico-legali¹⁸.

L'eventuale riscontro di una MGF avvenuta durante la permanenza in Italia comporta l'obbligo di denuncia alle Autorità competenti. (Legge 9 gennaio 2006, n. 7, art. 6).

Ogni operatore sanitario che si occupi di salute femminile dovrebbe essere in grado di rispondere ai bisogni delle donne che hanno subito le MGF. ✓

In primo luogo l'operatore sanitario dovrebbe avere cognizione di che cosa sono le MGF, conoscere le comunità che con maggiore probabilità praticano le MGF, in modo da essere pronto a svolgere il suo dovere al meglio ed evitare alla donna l'esperienza di essere trattata come un caso speciale. Tutto il personale medico dovrebbe essere in grado di accogliere le richieste di aiuto delle donne con MGF, fare diagnosi ed indirizzare, per patologie specifiche, a personale specializzato.

Personale specializzato dovrebbe essere previsto per affrontare le situazioni a rischio, trattare patologie particolarmente complesse come ad esempio gli interventi chirurgici di deinfibulazione (in preparazione del parto, durante il parto o per libera scelta della donna per la sua salute e benessere). A

Gli operatori sanitari dovrebbero essere a conoscenza dei vari aspetti che coinvolgono le MGF, quali le caratteristiche etnico-geografiche della popolazione coinvolta, le basi sociali e culturali, al fine di poter attuare nel modo migliore sia la prevenzione che l'assistenza. B

In materia di MGF determinante è il ruolo e l'attività degli operatori sanitari sia dal punto di vista medico che ostetrico ed infermieristico, sia nella prevenzione che nell'assistenza alle donne che le hanno subite. La conoscenza da parte di questi operatori dell'importanza delle MGF nella tutela della salute delle donne e delle bambine, dei rischi di danni alla salute portati dalle MGF, delle sue basi sociali e culturali permette loro, attraverso la creazione di un rapporto di fiducia, di cogliere e soddisfare i bisogni delle donne stesse e di prevenire le MGF nelle bambine.

È determinante per l'operatore sanitario far percepire alle donne che è informato sulle tradizioni e sulle caratteristiche culturali ed etno - geografiche delle MGF, che è consapevole delle possibili complicità, e che è capace di avere un approccio consapevole privo di ogni pregiudizio e disponibile all'ascolto. Gli operatori sanitari, nella loro attività professionale, devono essere in grado di intuire se una bambina corre il rischio di essere sottoposta ad una pratica di MGF, informando i familiari o chi ne fa le veci dei danni psico-fisici e delle conseguenze legali, e segnalando, ove necessario, il caso ai servizi sociali, per l'eventuale presa in carico.

L'operatore sanitario deve seguire la gravidanza e il parto, cercando di prevenire o di gestire le complicazioni che le MGF possono presentare al momento del parto, a tutela della salute del bambino e della donna. Contestualmente l'operatore sanitario può utilizzare il rapporto stabilito con la paziente per procedere alla deinfibulazione e informarla della impossibilità per la legge italiana di procedere alla reinfibulazione dopo il parto. Nel caso della nascita di una bambina va impostato un rapporto con la mamma, ma anche con il padre, al fine di poter seguire la crescita della bambina e accompagnare i genitori in un processo di riflessione sui diritti delle donne e delle bambine, per prevenire così il ricorso alle MGF.

Se il medico ha le necessarie informazioni culturali e scientifiche sulle MGF, l'impostazione di un rapporto medico-paziente disteso e di fiducia evita reticenze, imbarazzi e curiosità. A

18 Leve, E, Powell RA, Nienhuis G., Caleys P., Temmerman M., *health care in Europe for women with genital mutilation. Health Care Women Int. 2006 Apr. 27 (4): 362-78*

L'approccio ad una donna che ha avuto esperienza di MGF dovrebbe essere di tipo multidisciplinare. B

Le donne con MGF che si rivolgono al Servizio Sanitario Nazionale possono richiedere assistenza alla gravidanza, al parto e al periodo post-partum o per complicanze sanitarie di tipo urologico e/o ginecologico. Oltre al medico di base, le figure sanitarie specialistiche interessate sono i ginecologi, i neonatologi, i pediatri, gli urologi e le ostetriche.

Il primo aspetto da curare nell'incontro tra paziente e professionista sanitario dovrebbe essere quello della comunicazione interpersonale. A

Molte donne con MGF possono essere di recente immigrazione, provenire da realtà rurali, avere livelli di istruzione bassi, quando non analfabete, non avere dimestichezza con le strutture sanitarie, ma soprattutto avere difficoltà a comprendere un approccio alla salute diverso dal loro.

L'approccio clinico e psicologico ad una donna che ha avuto esperienza di MGF dovrebbe essere effettuato preferibilmente da operatori di sesso femminile (ginecologhe, infermiere, ostetriche, psicologhe). Ove ciò non è possibile l'operatore sanitario di sesso maschile dovrebbe essere sempre assistito ed operare alla presenza di una o più collaboratrici di sesso femminile. A

Oltre al problema dell'accettazione di un operatore sanitario uomo da parte della donna vi è il problema della comprensione linguistica.

Se necessario, sarebbe opportuno avere la collaborazione di interpreti e mediatrici culturali, di solito meglio accettate dalle donne stesse, nel rispetto della loro cultura e tradizione. B

Se l'operatore sanitario non ha una preparazione linguistica oltre che culturale specifica, la soluzione ideale è rappresentata dalle mediatrici culturali.

In molti casi il ruolo di mediazione linguistico-culturale è svolto dal marito, una mediazione non sempre neutrale, che può alterare il rapporto medico-paziente.

Se non vi sono segnali di disagio da parte della donna, almeno nella prima fase tale mediazione va accettata e può addirittura rappresentare una opportunità per coinvolgere anche il marito in una riflessione sul valore della salute, in particolare della donna e sulle MGF.

Molta attenzione dovrà essere posta al linguaggio.

Molte donne pur conoscendo l'italiano potrebbero non conoscere i termini tecnici delle parti genitali modificate, e , quindi potrebbe essere utile l'utilizzo di illustrazioni, anche tenendo conto che alcune donne con MGF potrebbero non conoscere l'anatomia degli organi genitali integri.

Molta attenzione dovrà essere posta al senso del pudore.

Molte donne potrebbero trovare imbarazzo a svestirsi e a farsi visitare anche da altre donne, per cui dovrebbero essere limitate le visite a quelle appropriate. Se è opportuna la consulenza di altri specialisti, è necessario informare adeguatamente la donna

Gli operatori sanitari dovrebbero essere a conoscenza dei vari tipi di MGF, tenendo presente che è sempre necessario adattarsi alla descrizione fatta dall'interessata, al fine di creare una relazione interpersonale positiva e non ferire la suscettibilità della donna o della bambina che ha subito MGF. A

Bisogna tuttavia tenere in considerazione il fatto che, spesso, non c'è corrispondenza tra ciò che viene riportato dalle donne sottoposte ad MGF e l'effettivo grado della mutilazione; più precisamente le donne tendono a sottostimare l'estensione della procedura¹⁹.

Molti sono i termini per descrivere la mutilazione genitale femminile a seconda dei

diversi gruppi culturali; in questo contesto viene adottata la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Infatti, secondo la definizione dell'OMS la mutilazione genitale femminile comprende tutte le pratiche che portano alla rimozione parziale o totale dei genitali esterni femminili o ad altri danni agli organi genitali femminili compiuti sulla base di motivazioni culturali o altre motivazioni non terapeutiche (Tabella 3).

Tabella 3 - Classificazione delle MGF dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

I tipo	Asportazione del prepuzio, con o senza l'asportazione di parte o di tutto il clitoride (figura 2).
	Altri termini usati per descrivere le pratiche di I tipo includono circoncisione, circoncisione ritualistica, sunna.
II tipo	Asportazione del clitoride con asportazione parziale o totale delle piccole labbra (figura 3 e 4).
	Altri termini usati per descrivere le pratiche di II tipo includono clitoridectomia, sunna.
III tipo	Asportazione di parte o della totalità dei genitali esterni e sutura/restringimento del canale vaginale (infibulazione), (figura 5 e 6).
	Altri termini usati per descrivere le pratiche di III tipo includono infibulazione, circoncisione faraonica e circoncisione somala .
IV tipo	- taglio, foratura o incisione del clitoride e/o delle labbra; - estensione-allungamento del clitoride e/o delle labbra; - cauterizzazione con bruciature del clitoride e dei tessuti intorno ad esso; - scorticatura dei tessuti attorno all'orifizio vaginale (tagli "anguria") o taglio della vagina eseguito longitudinalmente (tagli "gishiri"); - introduzione di sostanze o erbe corrosive nella vagina per causare un sanguinamento o allo scopo di restringerla; - ogni altra pratica che possa rientrare nella definizione di mutilazione genitale femminile data sopra.

18 Elmusharaf S, Elhadi N, Almroth L. Reliability of self reported form of female genital mutilation and WHO classification: cross sectional study. *BMJ*, 2006 Jul 15; 333 (7559):124. Epub 2006 Jun 27.

Female Genital Mutilation

“Female genital mutilation (FGM), often referred to as ‘female circumcision’, comprises all procedures involving partial or total removal of the external female genitalia or other injury to the female genital organs whether for cultural, religious or other non-therapeutic reasons. There are different types of female genital mutilation known to be practised

today¹. They include:

Type I - excision of the prepuce, with or without excision of part or all of the clitoris;

Type II - excision of the clitoris with partial or total excision of the labia minora;

Type III - excision of part or all of the external genitalia and stitching/narrowing of the vaginal opening (infibulation);

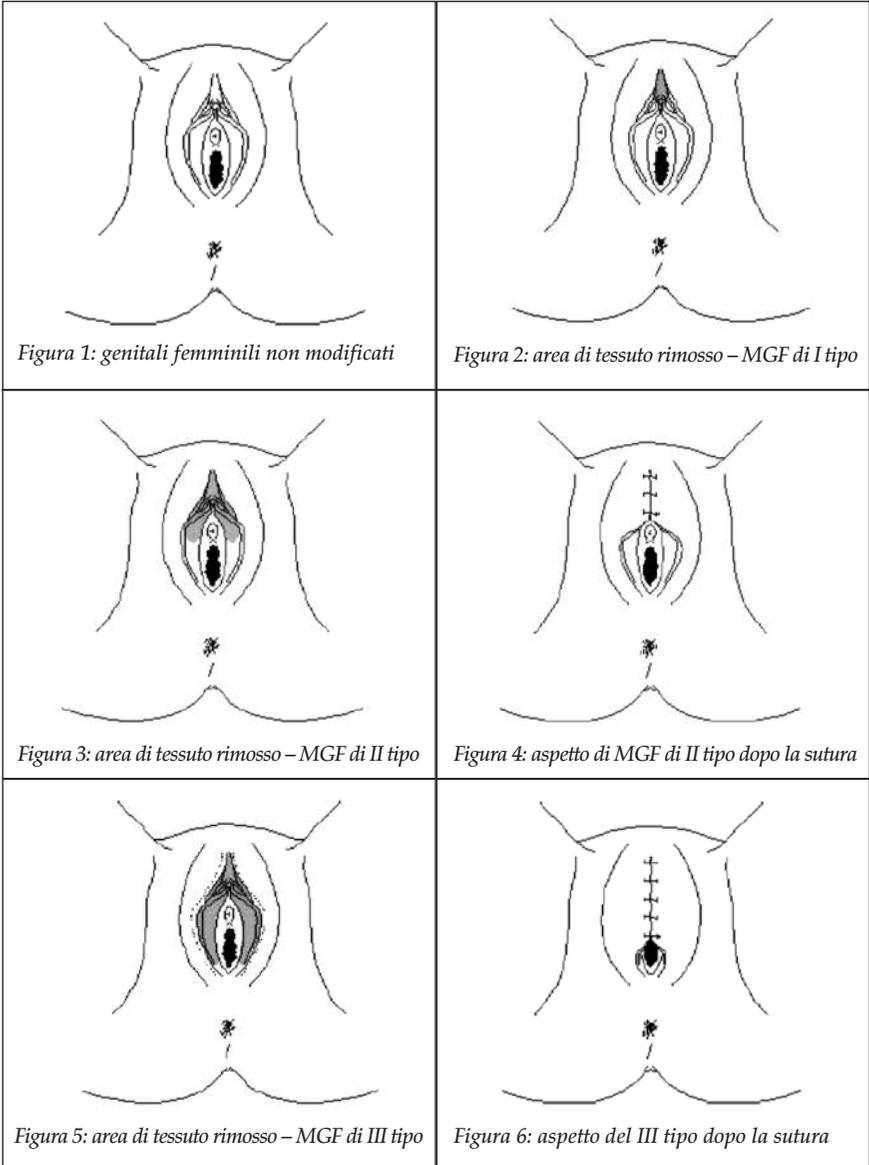
Type IV

- pricking, piercing or incising of the clitoris and/or labia;
- stretching of the clitoris and/or labia;
- cauterization by burning of the clitoris and surrounding tissue;
- scraping of tissue surrounding the vaginal orifice (angurya cuts) or cutting of the vagina (gishiri cuts);
- introduction of corrosive substances or herbs into the vagina to cause bleeding or for the purpose of tightening or narrowing it;
- and any other procedure that falls under the definition given above.”

WHO, FACT SHEET N. 241, JUNE 2001

L'OMS sta attualmente rivedendo la classificazione adottata nel 1997 in collaborazione con l'UNICEF (United Nations Children's Fund), l'UNFPA (United Nations Population Fund) e l'UNIFEM (United Nations Development Fund For Women). Nella nuova versione, non ancora adottata formalmente, compare un quinto tipo che fa riferimento alle pratiche simboliche che consistono nel fare un piccolo taglio o pungere il clitoride per provocare la fuoriuscita di alcune gocce di sangue.

Le MGF presentano diverse varietà di rappresentazioni, di seguito se ne riportano alcuni esempi.



Le conseguenze sanitarie delle MGF con le relative complicanze, sulla base della classificazione OMS e di una revisione della letteratura scientifica, sono così individuate:

- *Complicazioni immediate*, soprattutto nei casi di MGF di III tipo (infibulazione): difficoltà a urinare, ritenzione urinaria, emorragie, infezioni, febbre, shock, setticemia, danno ai tessuti adiacenti, non cicatrizzazione e tetano, infezioni HIV nei paesi dove l'incidenza è alta. Alcune di queste complicazioni, nei paesi con scarse risorse di presidi medici, possono condurre a morte;

- *Complicazioni a medio termine:* vulvovaginiti, infezioni pelviche (comprendono infezioni dell'utero), cisti e ascessi vulvari, cisti da inclusioni, formazione cicatrici detraenti o di cheloidi, danni al dotto escretore della ghiandola del Bartolini con formazioni di cisti, formazione di un tumore benigno dei nervi (neurinoma raro ma doloroso). Il trauma psicologico provocato dall'intervento e dalle conseguenze sperimentate sul proprio corpo può portare a depressione reattiva, disturbi dell'alimentazione con malnutrizione ed anemia. In paesi in cui questi problemi sono frequenti a prescindere dalle MGF;
- *Complicazioni a lungo termine:* (dispareunia) difficoltà e dolore durante il rapporto sessuale, dismenorrea (mestruazioni irregolari e dolorose), difficoltà nella minzione con incapacità a svuotare la vescica, incontinenza urinaria, (soprattutto post partum) calcoli vaginali, legati alla ritenzione dell'urina dietro la cicatrice e al deposito dei sali di calcio, infezioni pelviche, cistiti, formazioni di cisti da ritenzione, formazioni di cicatrici detraenti o di cheloidi, vulvovaginiti, a volte fistole retto-vaginali di regola nel postpartum, ipersensibilità dell'area genitale, infertilità;
- *Complicazioni ostetriche:* il tessuto fibroso vulvare non permette la dilatazione necessaria per il normale svolgimento del parto, nel periodo espulsivo, con possibili danni al bambino e alla madre. Se non si procede tempestivamente alla riapertura dei tessuti della cicatrice il bambino può arrestare la sua discesa nell'ultimo tratto del canale vaginale e rischiare, per scarsa ossigenazione, danni cerebrali; la mamma può andare incontro a lacerazioni perineali, uretrali e rettali. Una ulteriore possibile complicazione dove il parto avviene in contesti non sanitari è rappresentata dalla rottura dell'utero, complicazione temibile sia in termini di morbilità e mortalità materna che neonatale. Inoltre, poiché le donne infibulate sono sottoposte con maggiore frequenza al taglio cesareo, rischiano più di altre la morte per emorragia o sepsi puerperale, specialmente nei paesi di origine e fuori dagli ospedali attrezzati;
- *Complicazioni psicologiche e sessuali:* le forme più demolitive delle MGF distruggono gran parte delle terminazioni nervose a livello vulvare. Altre conseguenze di tipo sanitario, come incontinenza fecale o urinaria a seguito di prollasso, fistole, infezioni, lacerazioni da parto, sono causa spesso di abbandono da parte del coniuge, di emarginazione, di suicidio. Difficoltà psicologiche sorgono in modo particolare nell'esperienza dell'emigrazione con il confronto, sia per le giovani che per le donne adulte, con altri modelli di socializzazione e di costruzione dell'identità femminile. Gli studi sulla sessualità e sulle conseguenze ad esse connesse sono spesso contraddittori e non basati sulla conoscenza anatomico-fisiologica della risposta sessuale femminile. Studi recenti dimostrano che, poiché le strutture erettili (punto di partenza della risposta orgasmica) di tutta la parte interna del clitoride (radici e crura), le strutture erettili dei bulbi del vestibolo e quelle peri uretrali rimangono intatte, vi è la possibilità, in caso di disfunzione sessuale, di riabilitare le donne ad una vita sessuale completa²⁰.

20 Catania, L., Abdulcadir O.H., *Ferite per sempre*. Ed. Deriveapprodi Roma 2005
 Obermeyer, C., M. *The consequences of female genital mutilations: An up-date on the evidence*. *Culture Health and Sex*, September- October 2005; 7(5): 443-461
 Obermeyer, C., *Female genital surgeries: The Known, the unknown, and the unknowable*. *Medical Anthropology Quarterly* 13 (1): 79-105.

Alcune donne attribuiscono a questa esperienza il senso di umiliazione, di impotenza e di inibizione che accompagnano perennemente la loro vita, altre riferiscono di aver vissuto la mutilazione come uno stupro o come un tradimento da parte della famiglia con la conseguente difficoltà di costruire relazioni affettive persino con i propri figli.

La visita ginecologica può essere difficile, dolorosa, talvolta addirittura impossibile da effettuare; l'operatore, nell'effettuare la visita con delicatezza, dimostrando conoscenza e rispetto della cultura di appartenenza della donna e della pratica stessa, non dovrebbe insistere nell'effettuarla se questa provoca dolore eccessivo. È comunque fondamentale limitare visite ed altre procedure allo stretto necessario. B

In caso di MGF, specie nelle donne infibulate, la visita ginecologica appare complessa e spesso percepita come invasiva; va quindi spiegato in che cosa consiste e come viene svolta. Si deve procedere alla visita solo dopo aver ottenuto il consenso della donna, come è prassi, e si deve interrompere qualora venga richiesto, specie se trattasi di prima visita ginecologica.

Bisogna comunque sempre assicurarsi della comprensione di quanto detto anche se in presenza di interprete o mediatrice culturale.

Il colloquio, che deve tener conto delle possibili implicazioni etiche, psicologiche e terapeutiche, può avvalersi della mediazione culturale e deve essere costantemente improntato al rispetto del principio di autonomia della persona e a quello di beneficio (bene facere).

Durante tali controlli, in presenza di infibulazione, va sempre valutata con la paziente la possibilità dell'effettuazione del parto per vie naturali tenendo conto della apertura della vulva e di altre possibili complicazioni, informandola, inoltre, se non eseguita in precedenza, della possibilità di ricorrere alla deinfibulazione in corso di travaglio, o di essere sottoposta ad episiotomie allargate per evitare lacerazioni vulvo-vaginali.

Le informazioni accurate e complete sulla visita ginecologica e l'accettazione della stessa da parte della donna, possono portare alla decisione di effettuare altre indagini diagnostiche ginecologiche di prevenzione e controllo o in preparazione al parto (es. esecuzione del Pap test, ecografia pelvica addominale e/o transvaginale, ecc.). Tutti i programmi di screening per la prevenzione del cancro del collo e del corpo dell'utero o al seno dovrebbero prevedere strategie particolari di coinvolgimento anche delle donne appartenenti a comunità con tradizione escissoria.

L'assistenza alla gravidanza e al parto dovrebbero essere effettuate con particolari accorgimenti nelle donne con MGF, anche in considerazione del fatto che tali pazienti vanno più facilmente incontro a complicanze²¹. A

Particolare importanza riveste la prima visita che sarebbe opportuno effettuare non appena accertato lo stato gravidico. A

Per l'assistenza alla gravidanza, sia quando si svolge in modo fisiologico che in condizioni patologiche, sospette o accertate, che configurano situazioni di rischio per la salute della donna e/o del nascituro, si rimanda al Decreto Ministeriale 10 settembre 1998 " Aggiornamento del decreto ministeriale 6 marzo 1995 concernen-

21 WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome; Banks E, Meirik O, Farley T, Akande O, Bathija H, Ali M. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six african countries. *Lancet*, 2006 Jun 3; 367 (9525):1835-41

te l'aggiornamento del decreto ministeriale 14 aprile 1984 recante protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità." (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 245 del 20 ottobre 1998).

Al momento del ricovero per il parto vanno date alla donna, specie se con infibulazione, tutte le informazioni sull'assistenza medica che verrà erogata e cui ha diritto, sulle modalità in cui si svolge il parto e le possibili complicanze.

Sarebbe opportuno che la donna, specie con infibulazione, venga seguita nei vari controlli prenatali dalla stessa équipe di personale sanitario, per creare un ambiente confidenziale ed essere aiutata in caso di presa di decisione ad esempio per una episiotomia o una deinfibulazione.

In presenza di infibulazione, il parto naturale può apparire quanto mai difficile e comunque l'induzione del parto può essere effettuata solo dopo la deinfibulazione.

La deinfibulazione dovrebbe essere praticata, se possibile, entro il primo trimestre della gravidanza o prima del parto se la paziente si presenta alla visita ostetrica dopo il quinto mese, per ottenere risultati migliori e ridurre il rischio di complicanze. La deinfibulazione rappresenta inoltre il modo migliore per alleviare le difficoltà nell'esecuzione di visite ed esami ginecologici, nonché per poter seguire l'evoluzione del travaglio²².

Il ricorso al taglio cesareo viene visto dalle comunità con tradizioni escissorie come estrema soluzione in caso di rischio della vita della partoriente e molto spesso non intendono ricorrervi. In caso di necessità per la presenza di un rischio di sopravvivenza del feto o della madre, vanno fornite tutte le informazioni anche con l'aiuto di un interprete, al fine di addivenire ad una decisione.

In Italia è vietato effettuare la reinfibulazione, ma è doveroso riparare meglio possibile le eventuali lacerazioni perineali come per una partoriente senza MGF.

Durante il puerperio la donna va seguita accuratamente, e quando possibile anche mediante l'assistenza domiciliare, per il rischio di infezioni urinarie e assicurare i controlli successivi.

Dal punto di vista informativo-educativo, durante i controlli medici, in caso di feto o neonato di sesso femminile sarebbe quanto mai opportuno affrontare la problematica delle MGF, a tutela della salute materna e del nascituro.

La deinfibulazione andrebbe eseguita per le MGF di tipo III²³ e per tutte quelle che occludono in qualche modo l'ostio vaginale. A

La deinfibulazione è un intervento chirurgico riparativo che si prefigge di creare un ostio vaginale normale e ricostruire, per quanto possibile, una partenza di piccole labbra a protezione dell'ingresso vaginale. L'intervento può essere parziale o totale a seconda che il taglio apra completamente la linea di fusione delle parti mutilate o si fermi appena al di sopra del meato urinario, e viene richiesto prima del matrimonio, o prima o durante la gravidanza per evitare un taglio cesareo, o al momento del parto. Tale intervento viene effettuato in anestesia locale o locoregionale e in rari casi viene eseguito in anestesia generale per scelta della donna. A

22 Rouzi AA, Alihadali EA, Amarin ZO, Abduljabbar HS. The use of intrapartum defibulation in women with female genital mutilation. *BJOG*, 2001 Sep;108 (9): 949-51

23 Nour NM, Michels KB, Bryant AE. Defibulation to treat female genital cutting: effect on symptoms and sexual function. *J Obstet Gynecol*, 2006 Jul; 108 (1): 55-60

È fondamentale offrire alla donna con MGF di tipo III la possibilità di accedere alla deinfibulazione presso una struttura sanitaria appropriata e competente.

La deinfibulazione non è un intervento complesso, è eseguibile in regime di Day Surgery e quindi programmabile, ma può richiedere per la donna un forte sostegno psicologico e culturale.

Prima dell'intervento e dopo aver fornito tutte le necessarie informazioni, anche tramite la mediazione linguistico-culturale, ed essersi accertati della comprensione di quanto detto, è molto importante acquisire il consenso informato scritto all'intervento.

Per le donne con MGF, ricoverate presso le U.O. di Ostetricia e Ginecologia sarebbe opportuno integrare le informazioni contenute nella cartella clinica con specifiche informazioni relative alle MGF subite. A

Il cambiamento culturale in direzione della prevenzione e contrasto delle MGF può essere favorito dalla fiducia delle comunità con tradizioni escissorie verso i servizi sanitari. Vanno adottate tutte le misure per la prevenzione e l'assistenza alle donne con MGF, quali ad esempio la formazione del personale sanitario a dare risposte alle esigenze delle donne con MGF, l'adeguamento dei servizi perché possano accogliere, evitando liste di attesa e con prenotazioni accelerate, richieste urgenti di intervento.

In caso di adolescenti con MGF di tipo III, prima di decidere di eseguire la deinfibulazione, vanno coinvolti entrambi i genitori nella decisione ed acquisito il loro consenso.

È fondamentale far capire che la deinfibulazione non danneggerà in alcun modo la verginità fisica della ragazza spiegando che l'imene non sarà interessato dall'intervento.

Le informazioni corrette e l'acquisizione del consenso permettono di evitare conflitti con i genitori e con la comunità di appartenenza; va in ogni caso tutelata la volontà della giovane di vedere riparata una grave violazione della sua integrità fisica e del suo diritto alla salute, anche ricorrendo al giudice tutelare in caso di minorenne.

La deinfibulazione annulla gli effetti della MGF (in tutto o in parte) da un punto di vista fisico, ma non ripara i danni psicologici che dovrebbero essere trattati da personale competente. A

Alcune donne a volte non desiderano affrontare tali argomenti prima della deinfibulazione, ma solo dopo di essa si mostrano interessate ad essere sostenute psicologicamente. Si sottolinea quindi l'importanza di fornire informazioni sui servizi territoriali di sostegno o su tutte le altre strutture che potrebbero offrire alle donne aiuto per far fronte ai loro dubbi ed alle loro preoccupazioni nella fase post-operatoria.

Le indicazioni mediche alla deinfibulazione sono ostetriche e ginecologiche:

Ostetriche: rendere possibile le visite di controllo durante tutto il periodo della gravidanza, facilitare e rendere possibile l'espletamento del parto per via naturale in assenza delle indicazioni assolute e relative al taglio cesareo.

Ginecologiche: rendere possibile la visita ginecologica e l'esecuzione di esami strumentali come PAP test, isteroscopia, ecografia transvaginale, revisione di cavità; risolvere problematiche ginecologiche come infezioni del tratto urogenitale, svuotamento di cisti da ritenzione della cicatrice, svuotamento di ematocolpo; risolvere problematiche psicosessuali come penetrazione impossibile, dispareunia, ecc.

Le tecniche utilizzate per la deinfibulazione sono due e cioè chirurgia con laser e chirurgia a lama fredda. Entrambi gli interventi sono ambulatoriali ed eseguiti in

anestesia locale con carbocaina al 2%. Se la donna lo richiede si può ricorrere ad una anestesia generale breve. In entrambi i casi si deve essere in grado di affrontare ogni possibile variante o complicità delle MGF (es. genitali reinfibulati più volte con anatomia fortemente modificata, aderenze, possibili emorragie, presenza di eventuali imprevisti come il reperto casuale di cisti vaginali, ecc.). In caso di donna vergine va posta la massima attenzione all'imene, adoperandosi a non lederlo. Bisogna sempre far decidere alla donna, prima dell'intervento, fino a dove desidera che il taglio venga prolungato, spiegandole come apparirà la vulva dopo l'operazione, questo per evitare che la donna sviluppi avversione per il nuovo aspetto dei genitali deinfibulati.

Chirurgia con laser: questo tipo di tecnica viene utilizzata soprattutto nei seguenti casi: in presenza di infibulazione molto serrata con cicatrice spessa, in presenza di cheloide, in presenza di complicanze locali (cisti da ritenzione, assenza di residui tissutali con impossibilità di ricostruire una parvenza di labbra).

L'intervento viene eseguito sotto guida colposcopica e con anestesia locale. Si deve evidenziare bene questa zona, tenendola sollevata con un tamponcino inserito nell'ostio vaginale, per proteggere l'uretra sottostante. Il raggio laser provvede nel contempo a tagliare e a fare l'emostasi della ferita.

La cura post intervento richiede la massima igiene e una manovra giornaliera di divaricazione dei bordi della ferita per impedire che questi, durante il processo di guarigione, si risaldino insieme. Tali manovre vanno eseguite con l'ausilio di creme anestetiche e antibiotiche.

È importante suggerire alla donna di urinare con i genitali immersi in una bacinella piena di acqua tiepida, per evitare di sentire bruciore.

Chirurgia a lama fredda (bisturi o forbici): è la tecnica più semplice e più frequentemente usata. Si esegue quando la cicatrice dell'infibulazione è sottile e senza complicanze e nei casi in cui si possa ricostruire parzialmente una parvenza di "labbra" a protezione dell'ingresso vaginale. La preparazione, la disinfezione e l'anestesia locale sono uguali a quelle utilizzate con la procedura con laser. Anche con questa tecnica è importante che la cicatrice venga sollevata rispetto alle strutture sottostanti inserendo, attraverso l'apertura vaginale, un bastoncino o un piccolo Klemmer o un Kocher a seconda delle dimensioni dell'orificio. Si procede all'incisione col bisturi (o con forbici) dal basso verso l'alto lungo la linea mediana fino a oltrepassare di circa 1 cm il meato uretrale. Si raccomanda la simmetria dell'incisione per un buon risultato estetico. Si suturano i bordi incisi con punti staccati o anche continui, utilizzando filo chirurgico monofilamento 00. La cicatrizzazione si ha nel giro di una settimana.

Le raccomandazioni igieniche e di assistenza sono le stesse descritte per la procedura con il laser.

In entrambe le procedure le donne vanno ricontrollate dopo 7 gg e dopo 1 mese.

L'intervento di deinfibulazione intrapartum, quando la donna infibulata non è stata sottoposta alla deinfibulazione preventiva durante la gravidanza, si effettua con le forbici da episiotomia o con il bisturi dal basso verso l'alto, lungo la linea mediana della cicatrice fino al meato uretrale. Quindi si procede alla normale episiotomia. Dopo l'espulsione del feto e della placenta si procede alla sutura separata dei due lembi della deinfibulazione con punti staccati a scopo emostatico.

Spesso dalla donna o dal marito viene chiesto la reinfibulazione, ma deve essere spiegato che, per motivi legali e medici, il medico è tenuto a rifiutare ciò. Il medico deve ripristinare il più possibile la normale anatomia dei genitali e l'episiotomia viene suturata secondo la tecnica adottata normalmente.

In alcuni casi si assiste ad un fraintendimento / confusione tra infibulazione e riparazione delle lacerazioni del perineo legate al parto, che devono essere riparate in tutte le donne infibulate e non.

Quando una donna chiede la deinfibulazione non si deve dimenticare di informarla che d'ora in avanti il modo di urinare sarà più veloce e a getto continuo (in tale situazione la donna non informata potrebbe spaventarsi al momento della minzione), che il flusso mestruale sarà più agevole e veloce, che, se non è più vergine, potrà fare le visite ginecologiche ed il PAP test, e potrà avere rapporti sessuali meno dolorosi.

Sarebbe opportuno conoscere il numero degli interventi di deinfibulazione che vengono effettuati negli ospedali italiani e codificare in modo omogeneo tale intervento nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO), indicando in diagnosi principale il codice 624.4 "Pregressa lacerazione o cicatrice vulvare", in diagnosi secondaria il codice V50. 8 "Altro intervento chirurgico senza ragioni mediche" e, nel campo della procedura chirurgica, il codice che descrive l'intervento eseguito, che potrebbe essere il 71.79 (altra riparazione della vulva e del perineo).*

**Le indicazioni fornite sono già in fase di sperimentazione nella Regione Emilia-Romagna.*

4.4 Raccomandazioni per le figure professionali che operano con le comunità di immigrati: la mediazione linguistico-culturale e gli operatori socio-sanitari

La realtà dell'immigrazione ha portato in evidenza in Italia la necessità della mediazione culturale, una funzione con molte sfaccettature che favorisce la comunicazione tra le istituzioni e le persone che parlano lingue diverse e appartengono a culture diverse.

I mediatori/trici culturali nelle strutture sanitarie mettono l'intero sistema in grado di mediare, accogliere e incontrare pazienti di cultura diversa, realizzano un'interfaccia e un accompagnamento essenziale nella prevenzione primaria. Non si tratta di perdersi nel culturalismo, ma di tenere conto nel quotidiano della situazione sociale, familiare, culturale di ciascuno nel rispetto della sua identità. Alcuni sentimenti infatti si esprimono bene solo nella lingua materna: la lingua non è solo uno strumento tecnico, ma un vettore d'espressione delle culture, dei sentimenti e della visione del mondo.

L'utilizzo della figura della mediatrice culturale nelle strutture sanitarie, come in ambito scolastico, deve essere fatto con discrezione e con la massima professionalità.

La figura della mediatrice culturale è stata utilizzata in campo sanitario in molte realtà, prevalentemente nel settore materno-infantile, con risultati positivi, in quanto è una figura che, favorendo la comunicazione, non interferisce con l'operato medico-sanitario, ma ne facilita la realizzazione dei compiti specifici.

Sarebbe opportuno che il mediatore/trice culturale manifestasse, nel proprio lavoro, discrezione, sensibilità e conoscenza del fenomeno delle MGF, con rispetto per le posizioni delle donne ed equilibrio nella traduzione nelle due direzioni.

Il ruolo della mediatrice culturale, come quello dell'assistente sociale, nell'attività di mediazione culturale, dovrebbe favorire il rapporto tra istituzioni e famiglie, anche nel tentativo di far emergere l'atteggiamento nei confronti delle mutilazioni genitali.

Quanto mai importante è la presenza delle mediatrici culturali in questo contesto, nel quale è determinante il peso della tradizione.

Le donne che si rivolgono alle istituzioni devono poter percepire che il loro rapporto con l'istituzione stessa è diretto e privilegiato, anche se intervengono figure che

operano la mediazione culturale.

In molti casi vi può essere il timore che la mediatrice culturale, appartenente alla stessa comunità, indipendentemente dalla professionalità, possa essere percepita come un'intrusione, come un legame con la comunità di origine, un elemento potenzialmente condizionante il dialogo con le istituzioni.

In questi casi, che si possono anche prevedere ad esempio se la comunità è piuttosto ristretta e unita, bisogna tener conto della sensibilità delle donne e ricorrere a mediatrici culturali di altra comunità.

In altri casi invece, quando la comunità è ampia e con una forte articolazione al proprio interno, il mediatore/trice culturale appartenente alla stessa comunità può essere più rassicurante degli altri.

Le assistenti sociali hanno un ruolo importante sia all'interno dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri sia all'interno dei servizi sociali dei comuni, soprattutto quando sul territorio sono presenti aree di disagio sociale, comunità di immigrati e comunità a tradizione escissoria.

Il ruolo delle assistenti sociali è molto importante per il coinvolgimento delle donne che hanno subito MGF, e che potrebbero essere favorevoli a che queste siano praticate sulle loro figlie, in programmi di informazione/formazione sul diritto e sugli stili di vita salutari. Nei casi in cui hanno la percezione dell'esistenza di un rischio MGF per le bambine che vivono nelle famiglie seguite dai servizi sociali è importante coinvolgere la scuola, i servizi sanitari, le questure. E' ugualmente importante intensificare, nello stesso tempo, il rapporto con le famiglie per verificare da vicino l'esistenza del rischio e operare per contrastarlo.

L'assistente sociale può svolgere un capillare lavoro di promozione dei servizi sociali e sanitari offerti sul territorio, al fine di promuovere corretti comportamenti a tutela della salute delle donne e delle bambine.

Le assistenti sociali sono anche il tramite per coinvolgere non solo le donne ma anche i loro mariti e le comunità, in programmi di prevenzione e di tutela della salute che costituiscono il contesto all'interno del quale possono maturare posizioni di abbandono e di contrasto della tradizione delle MGF.

La vicinanza alla vita della famiglie e delle comunità da parte delle assistenti sociali, il supporto che danno alla tutela della salute dei minori ed all'inserimento scolastico, consentono loro di costruire quei legami di fiducia e di confidenza, con ogni famiglia, che possono far emergere anche gli aspetti più celati della propria cultura.

Il coinvolgimento degli uomini, da parte degli operatori, nel percorso di revisione di valori, norme e tradizioni che governano i rapporti uomo-donna, il ruolo della donna nella famiglia, la figura femminile nella società potrà favorire più efficacemente il cambiamento di comportamento rispetto alle MGF.

Pretesti per allacciare rapporti possono essere anche momenti di socializzazione che valorizzano una tradizione, una solennità della comunità e che offrono l'occasione per aprire il dialogo, promuovere la conoscenza reciproca, aprire la comunità al mondo esterno.

Il coinvolgimento della comunità può avvenire più agevolmente attraverso contatti con leaders riconosciuti (religiosi, persone di successo, anziani), il cui comportamento genera un processo imitativo da parte di altri membri della comunità.

Importante è l'individuazione, nel contesto locale, di casi di rifiuto della tradizione della MGF, che possono costituire non solo un esempio da imitare, ma un precedente che dà sicurezza rispetto alle scelte che potrebbero essere compiute.

4.5 Raccomandazioni per operatori della scuola

La scuola può giocare un ruolo molto importante nella prevenzione delle mutilazioni genitali femminili poiché è sicuramente il luogo in cui, grazie ad una politica di incentivazione dell'accesso, passano quasi tutti i bambini figli di immigrati, regolari e non. E' bene quindi che gli insegnanti abbiano una conoscenza della tradizione delle MGF, dei Paesi nei quali è diffusa e delle motivazioni che portano molte donne a sottoporre le loro figlie a queste pratiche, della legislazione esistente in merito in Italia e negli altri Paesi.

È importante che gli insegnanti sappiano riconoscere i possibili comportamenti delle bambine, il timore, l'ansia o l'aspettativa di un evento importante per la loro vita, i sintomi conseguenti ad una mutilazione avvenuta altrove.

Se gli insegnanti hanno la consapevolezza che nelle loro classi vi possono essere bambine a rischio MGF è bene che stabiliscano un rapporto stretto con le famiglie per verificare se questo rischio è reale.

Le strategie da mettere in atto saranno concordate con il docente referente provinciale per l'educazione alla salute, per il quale saranno previsti appositi corsi di informazione/formazione ed al quale saranno fornite apposite mappe territoriali con l'indicazione di operatori, assistenti sociali che operano con le comunità, associazioni di volontariato, centri d'eccellenza regionali, se esistono, che operano sul territorio. Sarà così possibile per l'insegnante potersi rivolgere a personale competente e preparato che potrà supportarlo sia nella fase di ascolto e percezione del problema che nella fase di contatto con le famiglie. Sarà anche utile predisporre programmi nazionali di educazione alla salute in cui possano essere affrontati i temi del diritto alla salute in generale, ed in particolare della salute della donna e delle bambine.

È importante per gli insegnanti stabilire un rapporto di fiducia e di dialogo con le famiglie.

Occasioni di incontro e di discussione in generale sulla salute dei bambini/e che frequentano la scuola possono essere create, senza sollevare alcun sospetto e nessuna stigmatizzazione, nell'ambito delle attività promosse dal Collegio dei docenti. Anche altre occasioni possono essere utili per promuovere il dialogo e la socializzazione tra le famiglie dei bambini/e, come una festa con cibi etnici, occasione di apertura della scuola alle famiglie e di interesse nei confronti delle diverse culture e tradizioni. Infatti, solo all'interno di un rapporto di fiducia e di dialogo sarà possibile per l'insegnante divenire punto di riferimento esterno alla famiglia per le bambine a rischio MGF, acquisire elementi utili per valutare l'opinione delle famiglie sulle MGF, con particolare riferimento alle loro figlie.

Solo nei casi in cui sia stata appurata una certa adesione alla tradizione, potrà essere affrontato, con la famiglia, il discorso sulla posizione di decisa condanna delle MGF della legge italiana, per cercare di fermare ogni intenzione dei genitori di sottoporre la propria figlia a MGF, per passare poi ad argomentazioni più articolate per attivare ed accompagnare un processo di cambiamento culturale che contrasta con la tradizione e, nella maggior parte dei casi, con l'atteggiamento prevalente all'interno della comunità di origine.

Quando non vi è una forma di comunicazione esplicita su questi temi tra alunne ed insegnanti, il linguaggio del corpo può aiutare a decifrare situazioni di disagio o di difficoltà, situazioni di ansia, di irrequietezza in concomitanza con l'arrivo in famiglia di una vecchia zia o nonna o della programmazione di un viaggio nel Paese dei genitori. In questi casi è importante prevedere, con un pretesto, un incontro con i genitori cercando di conquistare la loro fiducia, informare i genitori che in Italia

le MGF sono proibite e sono dannose per la salute delle bambine e delle ragazze.

È importante per gli insegnanti osservare eventuali cambiamenti dei comportamenti che potrebbero essere l'espressione dell'avvenuta mutilazione.

La bambina o la ragazza potrebbe impiegare molto tempo per urinare; potrebbe non partecipare ad attività di educazione fisica a causa dei dolori provocati dalle cicatrici, potrebbe subire cambiamenti nell'andatura e nei movimenti; la ragazza potrebbe soffrire di forti dolori mestruali e assentarsi dalle lezioni uno o due giorni al mese e/o presentare cambiamenti dell'umore e del comportamento, potrebbe parlare meno, tendere ad isolarsi, percepire la propria diversità, vivere con disagio la partecipazione ad attività di gruppo. In questi casi è importante attivare, nell'ambito scolastico un programma di sostegno psicologico e sanitario.

A tutte le età le bambine lanciano messaggi per comunicare le proprie sensazioni, le proprie paure, per chiedere aiuto. Messaggi che devono trovare l'orecchio degli adulti attento, pronti a cogliere segnali di denuncia di una situazione di rischio.

Con le alunne delle scuole medie gli insegnanti possono affrontare il discorso sulla crescita, sulle relazioni tra bambine e bambini, includendo, nei modi e nei termini opportuni, ove necessario, il tema delle MGF.

Le alunne appartenenti a comunità con tradizione escissoria potrebbero essere contattate direttamente da un'insegnante, con la quale sia stato stabilito un rapporto privilegiato, per sondare, in colloqui privati, se il tema delle MGF sia un argomento presente nella vita della ragazza e nell'ambito familiare, e, in caso affermativo, per affrontare questo argomento con la ragazza, con la famiglia e la comunità.

In caso di rischio, l'insegnante potrebbe interessare, attraverso il docente referente provinciale per l'educazione alla salute, esperti (psicologi e assistenti sociali operanti nell'ambito scolastico) o strutture specializzate (distretto sanitario, servizi per la promozione della salute in età evolutiva nella comunità, consultori familiari) che possano verificare il rischio, offrire ascolto, ma anche l'assistenza necessaria alla scuola, alle bambine, alle famiglie per innescare un processo culturale di revisione e messa in discussione delle proprie tradizioni in nome della dignità della persona e di diritti universali.

5. BIBLIOGRAFIA

- Abdulkadir O.H. , Deinfibulazione terapeutica in Il Ginecologo, vol 1, n. 2 giugno 2006
- Bilotti, E., La pratica della mutilazione genitale femminile, Mediterranean Review n. 3, 1997
- Catania, L., Abdulkadir O. H., Ferite per sempre, Derive e approdi, 2005 Roma
- Elmusharaf S, Elhadi N, Almroth L. Reliability of self reported form of female genital mutilation and WHO classification: cross sectional study. BMJ, 2006 Jul 15; 333 (7559):124. Epub 2006 Jun 27
- Johansen B. Elise R., Pain as a counterpoint to culture: Toward an Analysis of Pain Associated with Infibulation among Somali Immigrants in Norway, in Medical Anthropology Quarterly, 16(3), 2002
- Johansen, B Elise, R., Care for infibulated women giving birth in Norway Medical Anthropology Quarterly 20(4) 2006
- Johnsotter, S., FGM in Sweden, EC Daphne Project, International Centre for reproductive Health, Ghent University, Belgio 2003
- IDIL, Salvare le diversità, non la sofferenza. Le mutilazioni genitali femminili. Linee guida per gli operatori, 2001
- Leve E, Powell RA, Nienhuis G, Claeys P, Temmerman M. Health care in Europe for women with genital mutilation. Health Care Women Int. 2006 Apr; 27 (4):362-78.
- Lightfoot-Klein, H., prisoner of Ritual: some contemporary development in the History of Female Genital Mutilation, paper presentato al Secondo Simposio sulla Circoncisione a San

- Francisco, 30 aprile-3 maggio 1991
- Morrone, A., Vulpiani, P., Corpi e Simboli, Armando Editore, roma, 2004
 - Nour, NM, Michels KB, Bryant AE. Deinfibulation to treat female genital cutting: effect on symptoms and sexual function. J Obstet Gynecol, 2006 Jul; 108 (1): 55-60
 - Obermeyer, C.,M. The consequences of female genital mutilations: An up-date on the evidence. Culture Health and Sex,September- October 2005; 7(5): 443-461
 - Obermayer, C., Female genital surgeries: The Known, the unknown, and the unknowable. Medical Anthropology Quarterly 13 (1): 79-105.
 - Pasquinelli, C., (a cura) Antropologia delle Mutilazioni Genitali Femminili, AIDOS, 2000
 - Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Pari Opportunità, Linee Guida. Mutilazioni Genitali Femminili, 2001
 - Regione Emilia Romagna, Servizio Assistenza Distrettuale, Pianificazione e Sviluppo dei servizi sanitari, Consultori Familiari, Le Mutilazioni genitali femminili nella popolazione immigrata , Raccomandazioni per i professionisti, dic. 2000- febb. 2001
 - Regione Toscana, Progetto ASL3 di Pistoia in collaborazine dell'Associazione Nostrostras, Profilo informativo del fenomeno delle Mutilazioni genitali femminili, 2006
 - Rouzi. A.A., Alihadali EA, Amarin ZO, Abduljabbar HS. The use of intrapartum deinfibulation in women with female genital mutilation. BJOG, 2001 Sep;108 (9). 949-51
 - Tola, V., G. Scassellati, Mutilazioni Genitali Femminili, dimensioni culturali e problematiche socio assistenziali, Poletto editore, 2001
 - Unicef, Innocenti Digest, Changing harmful social Convention: female genital mutilation/cutting, 2005
 - Unicef, Female genital Mutilation/Cutting, A statistical exploration, 2005
 - Unicef, Female Genital Mutilation/Catting, Statistical tables, 2006
 - Villa. E., Grassivari Gallo, P., Psycholinguistic approaches to ritual labia minora elongation among the Baganda women of Uganda, in Denniston,G.C., ed altri (a cura di) Bodily Integrity and the Politics of Circuncision – Culture, Controversy, and Change, Springer, 2006
 - WHO, Study group on female genital mutilation and obstetric outcome; Banks E, Meirik O, Farley T, Akande
 - WHO, Female Genital Mutilation. Programmes to Date: What Works and What doesn't, Ginevra,1999
 - WHO, Management pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital Mutilation, Report of a WHO technical Consultation, Ginevra 15-17 ottobre 1997
 - WHO, Female Genital Mutilation: a joint WHO/UNICEF/UNFPA statement, Ginevra,1997
 - WHO, Female genital Mutilation, Fact sheet n. 241, Ginevra, giugno 2000
 - WHO, A systematic review of the Health Complications of female genital Mutilation, including Sequelae in Childbirth, Ginevra, 2000
 - WHO Female Genital Mutilation: A Handbook for Frontline Workers. WHO FCH/WMH /00.5 Rev.1, Ginevra, (2000) .
 - WHO, Female Genital Mutilation: The Prevention and the Management of the Health Complications: Policy Guidelines for nurses and midwives. WHO /FCH/GWH/01.5., Ginevra, (2001)
 - WHO, Policy Guidelines for nurses and midwives, Ginevra, 2001
 - WHO, Female Genital Mutilation, A student manual, Ginevra, 2005
 - WHO; Female genital Mutilation, A Teacher's Guide, Ginevra, 2001
 - Yoder, P. ed altri, Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A critical and Comparative Analysis. DHS Comparative report, n. 7 2004
 - WHO, Bathija H, Ali M. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six african countries. Lancet, 2006 Jun 3; 367 (9525):1835-41

Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente "Strategia per l'offerta attiva del vaccino contro l'infezione da HPV in Italia". (SALUTE)

Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131.

Rep. Atti n. 264/CSR del 20 dicembre 2007

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 20 dicembre 2007:

VISTO l'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 che demanda al Governo la facoltà di promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato-Regioni o di Conferenza Unificata, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 9 novembre 2001 di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria, che, nel livello essenziale "assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro", tra le attività di prevenzione rivolte alla persona, individua le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate;

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006, recante Piano sanitario nazionale 2006-2008, che fissa gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute ed individua, ai punti 5.2 e 5.8, in particolare, gli obiettivi della lotta alla grandi patologie, tra cui i tumori, e del controllo delle malattie diffuse, incluse le malattie infettive sessualmente trasmesse;

CONSIDERATO che nella seduta di questa Conferenza del 31 maggio 2007, del 14 giugno 2007 e del 27 giugno 2007 il punto in oggetto è stato rinviato;

VISTA la nota in data 18 dicembre 2007 con la quale il Ministero della salute ha inviato una nuova versione della proposta di Intesa in oggetto;

VISTA la lettera in data 19 dicembre 2007 con la quale la Regione Toscana, Coordinatrice interregionale in sanità, ha comunicato il proprio assenso tecnico;

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta, i rappresentanti del Governo, su esplicita richiesta del Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, hanno fornito assicurazioni circa la copertura finanziaria degli oneri connessi con la campagna vaccinale per l'anno 2008 ed hanno assunto l'impegno, nel caso in cui successive verifiche dovessero far emergere eventuali criticità al riguardo, di procedere in questa Conferenza ad un nuovo esame della questione;

ACQUISITO nell'odierna seduta l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome;

SANCISCE INTESA

tra il Ministro della salute e i Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano nei termini di cui all'allegato 1, parte integrante della presente intesa.

IL SEGRETARIO
Avv. Giuseppe Busia

IL PRESIDENTE
On.le Prof. Linda Lanzillotta

MINISTERO DELLA SALUTE STRATEGIA PER L'OFFERTA ATTIVA DEL VACCINO CONTRO L'INFEZIONE DA HPV IN ITALIA

Premessa

Il presente documento è finalizzato a fornire indicazioni per l'offerta attiva e gratuita, su scala nazionale, della vaccinazione anti-HPV alle dodicenni, a partire da gennaio 2008.

La scelta del target delle ragazze dodicenni (per il 2008, le appartenenti alla coorte di nascita del 1997, che compiranno 11 anni di età dal 1° gennaio al 31 dicembre 2008) è stata unanimemente indicata come prioritaria:

- per indurre la migliore risposta immunitaria al vaccino e precedere l'inizio dell'attività sessuale, garantendo così la massima efficacia della vaccinazione;
- in quanto il programma vaccinale si rivolge a ragazze che frequentano la scuola dell'obbligo, il che può facilitare l'offerta attiva anche a gruppi a rischio di deprivazione sociale;
- per favorire la comunicazione con e attraverso le famiglie;
- per mantenere la vaccinazione nell'ambito del patrimonio professionale e delle prestazioni delle Strutture del SSN deputate all'erogazione delle vaccinazioni del SSN: una rete esistente, consolidata ed esperta di vaccinazioni, che può garantire un'equità di offerta di tale prestazione, in tutto il Paese.

Avviata la campagna, che si auspica sia caratterizzata dalla massima armonia temporale nelle varie Regioni e PP.AA., pur considerando le fasi programmatico-organizzative di ciascuna, appare legittimo intraprendere un confronto per considerare la possibilità di estendere la vaccinazione ad altre fasce di età (tra i 13 ed i 18 anni di vita) tramite i servizi vaccinali.

1. Introduzione

In Italia vengono diagnosticati ogni anno circa 3500 nuovi casi di carcinoma della cervice uterina, e circa 1000 donne muoiono a causa di questa patologia.

Si tratta del primo tumore riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come totalmente riconducibile ad una infezione. È, infatti, causato dal virus del papilloma umano (HPV, dall'inglese Human papilloma virus), di cui sono stati identificati oltre 120 genotipi che infettano l'uomo, un terzo circa dei quali è associato in entrambi i sessi a patologie del tratto anogenitale, sia benigne che maligne.

In particolare, la maggior parte dei tumori della cervice uterina (70%) è causato da due tipi di HPV "ad alto rischio": HPV 16 e 18.

Il carcinoma della cervice uterina viene suddiviso in due principali tipi istologici: i carcinomi squamocellulari e gli adenocarcinomi; l'infezione da HPV è associata ad entrambi, e la stima del 70% di forme attribuibili ad HPV 16 e 18 si riferisce ai carcinomi della cervice nel loro complesso, indipendentemente dal tipo istologico.

L'EMEA ha recentemente autorizzato: un vaccino quadrivalente che previene le lesioni causate da HPV 16, 18, 6 e 11, questi ultimi due responsabili del 90% circa dei condilomi genitali, ed un vaccino bivalente per la prevenzione delle lesioni causate da HPV 16 e 18.

La disponibilità di tali vaccini apre quindi la strada ad una possibile prevenzione primaria del carcinoma della cervice, da affiancare alle attuali politiche di screening.

2. Epidemiologia

L'infezione da HPV

L'infezione da HPV è molto frequente nella popolazione; si stima infatti che oltre il 75% delle donne sessualmente attive si infetti nel corso della propria vita con un virus HPV di qualunque tipo, ed oltre il 50% si infetti con un HPV ad alto rischio oncogeno.

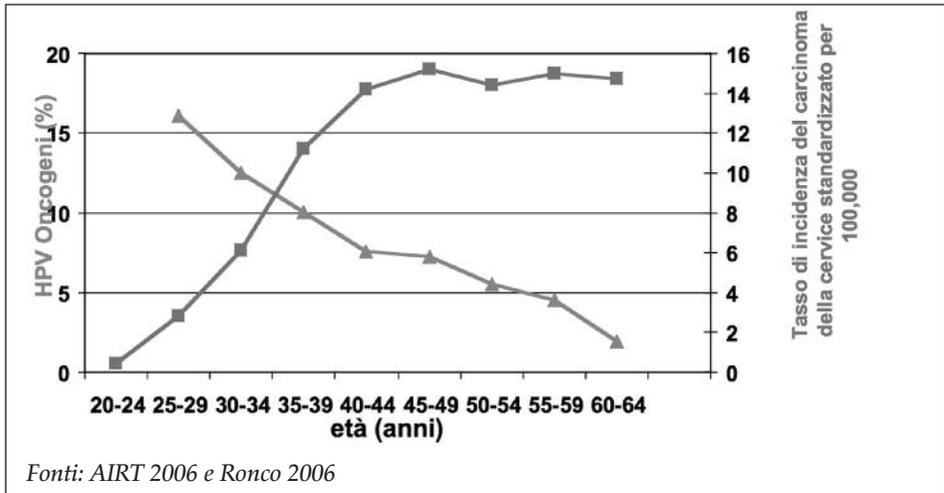
I dati di frequenza delle infezioni genitali da HPV derivano soprattutto da studi di prevalenza, i cui risultati variano a seconda della popolazione considerata e delle condizioni cliniche delle donne valutate.

A livello mondiale, la prevalenza delle infezioni da HPV in donne asintomatiche varia infatti dal 2 al 44%.

In Italia, studi condotti in donne di età tra 17 e 70 anni in occasione di controlli ginecologici di routine e/o di programmi di screening organizzato, mostrano una prevalenza per qualunque tipo di HPV compresa tra 7 e 16%. La prevalenza aumenta al 35-54% in caso di donne con diagnosi di citologia anormale, per raggiungere il 96% in caso di displasia severa o oltre (CIN2+, cioè neoplasia intracervicale di grado moderato-severo).

Inoltre, la prevalenza delle infezioni da HPV varia con l'età, essendo più elevata nelle giovani donne sessualmente attive. Anche in Italia, il picco di prevalenza si osserva nelle donne giovani: uno studio condotto in sei Regioni (Emilia Romagna, Lazio, Piemonte, Toscana, Veneto e PA Trento), in donne tra 25 e 64 anni, ha, infatti, mostrato come la prevalenza diminuisca dal 16% in donne di età 25-34 anni al 10% nella fascia 35-39 anni ed al 5% circa nelle donne oltre i 50 anni (Figura 1).

Figura 1. Prevalenza dei tipi di HPV ad alto rischio oncogeno e tasso di incidenza del carcinoma della cervice uterina per fascia di età in Italia.



Nelle casistiche italiane, il tipo più frequente è il 16, identificato nel 30% circa di tutte le infezioni diagnosticate in donne che si rivolgevano ai servizi ginecologici ambulatoriali o di screening, e nel 67% delle infezioni nelle donne con lesioni di alto grado.

Ulteriori informazioni circa il rischio di acquisire un'infezione da HPV derivano da studi di incidenza, condotti in diverse nazioni a partire dagli anni '90. Le donne di età inferiore ai 25 anni hanno la più alta incidenza di acquisizione dell'infezione da

HPV ad alto rischio (4.5 casi per 100 donne per anno), che cala all'1% per anno in donne di età compresa tra 35 e 55 anni.

Va, comunque, sottolineato che la maggior parte (70-90%) delle infezioni è transitoria, e guarisce spontaneamente senza lasciare esiti. In particolare, è stato documentato che l'80% delle donne che aveva avuto una diagnosi di infezione, risultava HPV-DNA negativa dopo 18 mesi. Allo stesso tempo, il rischio di non eliminare spontaneamente l'infezione da HPV ad alto rischio aumenta con l'età.

La probabilità che l'infezione non regredisca spontaneamente evolvendo verso la persistenza sembra dipendere dal tipo di HPV, ed è più elevata per l'HPV 16.

Gli studi condotti durante il processo di sviluppo del vaccino quadrivalente anti-HPV hanno mostrato un'incidenza di infezioni persistenti da HPV 16 (definite come un test PCR per HPV DNA positivo in due campioni prelevati ad almeno 4 mesi di distanza) pari a 4-6 casi per 100 donne non vaccinate-anno.

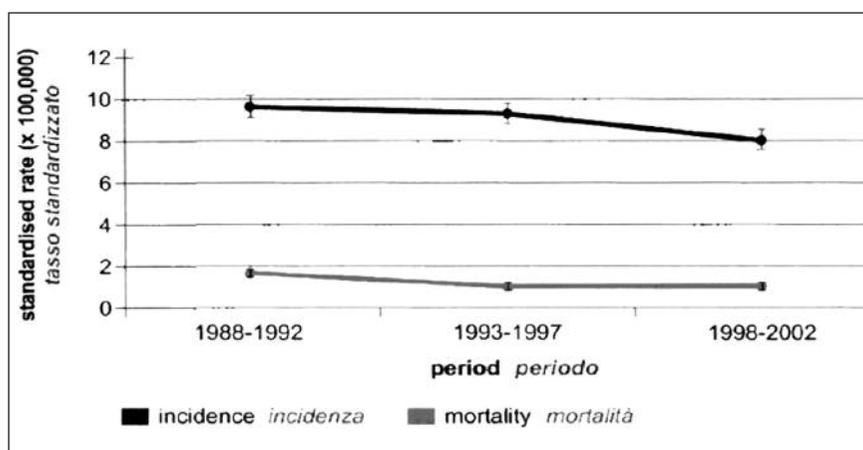
Il carcinoma della cervice uterina

Incidenza

In Italia, i dati sull'incidenza e mortalità del carcinoma della cervice sono desumibili dai 21 Registri Tumori distribuiti sull'intero territorio nazionale, che per gli anni 1998-2002 coprono circa il 25% della popolazione italiana, pari a circa 15 milioni di abitanti.

La percentuale di popolazione cui i dati dei registri si riferiscono varia per area geografica, essendo rispettivamente del 37% al Nord, 25% al Centro ed 11% al Sud Italia. In base ai dati dei registri tumori, negli anni 1998-2002, sono stati diagnosticati in media ogni anno 9,8 casi di carcinoma della cervice ogni 100.000 donne, pari ad una stima di 3.418 nuovi casi insorti ogni anno in Italia (Figura 2).

Figura 2: Tassi standardizzati di incidenza e mortalità da carcinoma della cervice uterina per classi di età, Italia 1998-2002 .

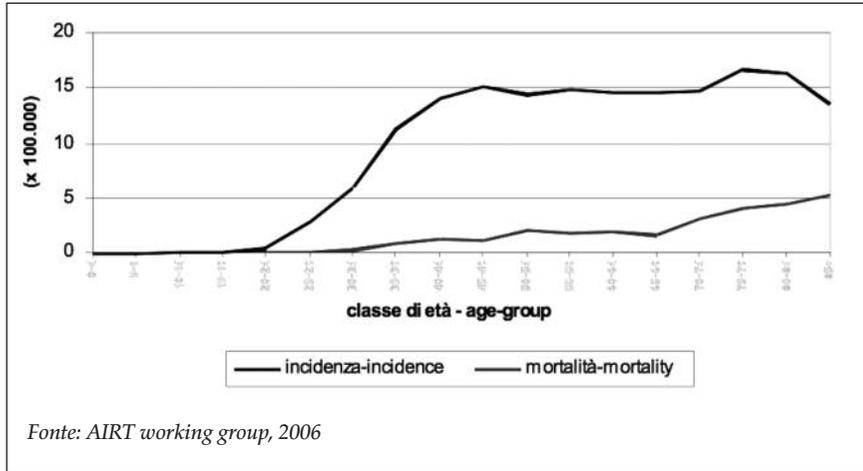


L'incidenza annuale per area geografica varia da circa 4 a 10 casi per 100.000 donne, senza un chiaro trend geografico.

Il tumore della cervice rappresenta l'1,6% di tutti i tumori diagnosticati tra le donne. Nel corso della vita, il rischio cumulativo di avere una diagnosi di tumore della cervice è del 6,2 per 1000 (1 caso ogni 163 donne). Come mostrato in Figura 3, il

rischio di malattia, aumenta all'aumentare dell'età, con un picco nelle donne tra 75 e 84 anni .

Figura 3. Tassi di incidenza e mortalità da carcinoma della cervice uterina per classi di età, Italia 1998-2002



L'incidenza mostra una riduzione nel corso del tempo. L'incidenza annuale standardizzata è infatti diminuita da circa 10/100.000 negli anni 1988-1992, a 8/100.000 negli anni 1998-2002.

Come osservato in tutte le nazioni dove sono attivi programmi di screening del carcinoma della cervice (vedi paragrafo 3), la riduzione dell'incidenza è principalmente a carico dei carcinomi a cellule squamose, che negli anni 1998-2002 hanno rappresentato il 66% del totale dei casi con conferma istologica afferenti ai Registri Tumori. Stanno invece aumentando in proporzione gli adenocarcinomi, che originano dall'epitelio del canale cervicale ed hanno minori probabilità di essere identificati precocemente con il pap-test. Negli anni 1998-2002, gli adenocarcinomi hanno costituito il 12% dei tumori maligni della cervice.

Nelle aree coperte da registri tumori, la sopravvivenza a 5 anni per le pazienti con diagnosi di carcinoma della cervice negli anni 1995-99, è stata complessivamente del 66%, più elevata al centro-nord (65-68 %) rispetto al sud (55%).

La sopravvivenza relativa varia con l'età, ed è maggiore nelle donne più giovani, passando dall'80% nella fascia di età 15-44 anni, al 37% oltre i 75 anni di età.

I livelli di sopravvivenza, in progressivo miglioramento dagli anni '80, si sono mantenuti sostanzialmente stabili negli anni '90.

Mortalità

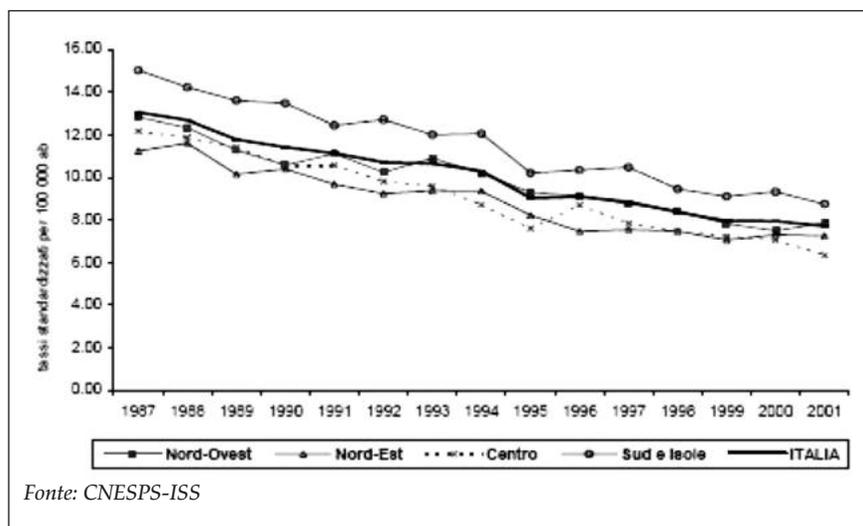
I dati di mortalità forniti dai registri tumori sono dai dati ISTAT a livello provinciale o locale.

Nel 2002, sono morte per carcinoma della cervice 370 donne, ed altre 1.756 donne sono morte per tumore dell'utero non altrimenti specificato. I tumori con sede non specificata rappresentano una quota rilevante (circa il 65%) dei decessi complessivi per tumori dell'utero; il tasso di mortalità annuale per carcinoma della cervice corretto per misclassificazione è di 3 morti per 100.000 donne, pari a circa 1000 decessi per anno. Il rischio cumulativo di decesso per tumore della cervice nell'arco della vita è di 0,8 per 1000 donne. Come osservato per l'incidenza, anche la mortalità aumenta all'aumentare dell'età (Figura 2).

Per avere informazioni sull'andamento nel tempo della mortalità, sono stati analizzati i dati ISTAT dal 1987 al 2002, riferiti a tutti i decessi da tumori maligni dell'utero. E' attualmente in corso uno studio per ottenere stime aggiustate per misclassificazione nel tempo, che consentiranno di avere informazioni specifiche circa il trend temporale del carcinoma della cervice.

Come mostrato in Figura 3, i tassi standardizzati di incidenza mostrano un andamento di costante riduzione su tutto il territorio nazionale, pur essendo evidente una maggiore mortalità al Sud rispetto al centro-nord.

Figura 3. Tassi di mortalità standardizzati per area geografica, 1987-2001



Il decremento di incidenza è inoltre evidente in tutte le fasce di età (Tabella 1).

Tabella 1: Mortalità per i tumori maligni dell'utero in Italia nel periodo 1990-2002. Numerosità dei decessi e tassi di mortalità per 100.000, specifici per classe di età

Anno	0-99		25 - 34		35 - 44		45 - 54		55 - 64		65 - 74		75 - 84	
	decessi	tasso												
1990	3263	11.2	32	0.8	150	3.9	298	8.3	642	18.3	814	30.7	1003	53.2
1991	3240	11.1	31	0.7	128	3.3	307	8.5	598	17.1	872	31.9	985	52.0
1992	3171	10.8	31	0.7	129	3.3	300	8.2	585	16.7	819	28.6	939	50.5
1993	3204	10.9	21	0.5	146	3.8	307	8.3	546	15.6	893	29.7	915	50.9
1994	3154	10.8	42	0.9	114	3.0	271	7.3	539	15.3	891	28.5	899	51.6
1995	2842	9.6	24	0.5	124	3.2	244	6.6	462	12.9	836	26.0	786	44.1
1996	2913	9.9	31	0.7	106	2.7	288	7.7	497	13.9	780	24.1	804	43.3
1997	2884	9.7	26	0.6	122	3.0	256	6.8	473	13.2	797	24.6	781	40.8
1998	2761	9.3	23	0.5	126	3.1	244	6.5	446	12.5	733	22.6	772	39.2
1999	2664	9.0	18	0.4	106	2.5	249	6.5	431	12.2	688	21.2	750	37.1
2000	2705	9.1	14	0.3	113	2.6	239	6.2	415	11.8	729	22.4	746	36.0
2001	2663	9.0	11	0.2	101	2.3	258	6.7	407	11.6	655	20.2	773	36.0
2002	2693	9.1	19	0.4	93	2.1	236	6.2	409	11.5	677	20.9	790	35.1

3. La prevenzione del carcinoma della cervice attraverso i programmi di screening organizzato

L'intervallo tra la comparsa di lesioni pre-cancerose diagnosticabili e la comparsa di un tumore invasivo è molto lungo, in media più di 10 anni. Per questo, la prevenzione del carcinoma della cervice uterina è basata su programmi di screening, che consentono di identificare e trattare le lesioni precancerose prima che evolvano in carcinoma.

L'“Handbook” sullo screening cervicale prodotto dall'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro nel 2005 stima che lo screening mediante Pap-test ogni 3-5 anni fornisca una protezione dell'80% rispetto all'insorgenza del tumore.

Riduzioni sostanziali dell'incidenza e mortalità per carcinoma cervicale a livello di popolazione si sono osservate in particolare dopo l'introduzione di programmi organizzati, che garantiscono un'elevata copertura e qualità e continuità delle procedure diagnostiche e terapeutiche. Esempi sono rappresentati da alcuni paesi nordici (in particolare dalla Finlandia dove la riduzione di incidenza a livello di popolazione è stata del 70%) e dall'Inghilterra dopo la riorganizzazione del programma di screening.

Le linee-guida italiane raccomandano l'implementazione di programmi organizzati di screening con invito attivo e sistemi di valutazione e assicurazione di qualità. Esse raccomandano l'utilizzo della citologia (Pap test) come test di screening, da effettuare ogni tre anni per le donne tra 25 e 64 anni. Le Linee Guida Europee e la Commissione Oncologica Nazionale raccomandano inoltre che tali programmi di screening raggiungano l'85% delle donne nella fascia di età target.

L'estensione dei programmi organizzati di screening è notevolmente aumentata negli ultimi anni. Secondo i dati dell'Osservatorio Nazionale Screening, nel 2005 il 67% delle donne italiane tra 25 e 64 anni viveva in aree in cui erano attivi programmi di screening organizzato della cervice, rispetto al 16% nel 1998. L'adesione all'invito resta tuttavia limitata (37% nel 2005) ed è variabile tra le differenti aree geografiche, con un trend in decremento da Nord a Sud (46% al Nord, 36% al Centro, 24% al Sud).

Tuttavia molte donne effettuano il Pap-test pur non aderendo a programmi di screening organizzato. Dallo studio Passi 2005 (fonte: Istituto Seriore di Sanità/CCM) risulta infatti che il 78% delle donne in età da screening ha eseguito almeno un Pap-test a scopo preventivo e che circa il 70% lo ha effettuato negli ultimi 3 anni.

In considerazione del fatto che la vaccinazione non previene le infezioni di tutti i tipi di HPV ad alto rischio oncogeno, appare evidente che i programmi di screening organizzato non potranno essere interrotti, ma che al contrario sarà importante continuare le azioni intraprese per aumentare la copertura e favorire l'adesione specie nelle aree del Sud del paese. Oltre ad offrire un'opportunità di prevenzione secondaria, lo screening rappresenta anche un punto cardine della strategia vaccinale in quanto strumento di verifica dell'efficacia della strategia vaccinale oltre che di rilevazione dell'andamento epidemiologico delle lesioni precancerose e del carcinoma della cervice.

Disponibilità di vaccini preventivi

Sono stati recentemente autorizzati per l'uso due vaccini per la prevenzione primaria delle infezioni da HPV e delle forme tumorali correlate. Tali vaccini anti-HPV sono costituiti da “virus-like particles” – VLPs L1 - non infettanti, in quanto prive di DNA, ma capaci di mantenere le proprie proprietà immunogeniche.

Entrambi i vaccini contengono VLPs dei genotipi HPV-16 e HPV-18, ritenuti attualmente responsabili di circa il 70% dei carcinomi della cervice uterina. Uno dei due vaccini è quadrivalente e contiene anche VLPs dei genotipi HPV-6, e HPV-11 re-

sponsabili di circa il 90% dei condilomi genitali.

- Gardasil (Merck)
 - Quadrivalente (HPV tipi 16/18/6/11)
 - Via i.m. in 3 dosi (0, 2 e 6 mesi)
 - Adjuvante: alluminio
- Cervarix (GlaxoSmithKline)
 - Bivalente (HPV tipi 16/18)
 - Via i.m. in 3 dosi (0, 1 e 6 mesi)
 - Adjuvante AS04 (Al(OH)₃ + MPL)

Per entrambi i prodotti, il ciclo vaccinale consiste nella somministrazione per via intramuscolare di tre dosi, nell'arco di 6 mesi.

I vaccini non hanno effetto terapeutico.

Con Determinazione 28 febbraio 2007 (G.U. n. 52 del 3 marzo 2007) per il vaccino anti-HPV Gardasil® e con Determinazione del 29 ottobre 2007 (G.U. n. 271 del 21 novembre 2007, s.o. n. 239) per il vaccino anti-HPV Cervarix®, l'Agenzia Italiana del Farmaco ha deliberato il regime di rimborsabilità ed il prezzo di vendita dei vaccini anti-HPV. I vaccini sono stati classificati in classe H-RR e ne è stata prevista la dispensazione attraverso il SSN e la gratuità per le bambine nel corso del dodicesimo anno di vita.

Efficacia della vaccinazione

L'indicazione d'uso è basata sulla dimostrazione di efficacia ed immunogenità in donne adulte sessualmente attive (tra 16 e 26 anni per il Gardasil, e tra 10 e 25 anni per il Cervarix) e sulla dimostrazione dell'immunogenicità in bambini ed adolescenti (maschi e femmine tra 9 e 15 anni per il Gardasil, solo femmine tra 10 e 16 anni per il Cervarix)

L'efficacia protettiva del Gardasil non è stata valutata nei maschi.

Efficacia clinica

Non essendo etico attendere che una donna sviluppi un carcinoma invasivo, gli esiti considerati per la stima dell'efficacia clinica sono state le lesioni precancerose. In particolare, vengono considerati indicatori attendibili le lesioni CIN 2 e CIN3 (CIN 2+). I risultati ottenuti dai due prodotti non sono completamente confrontabili, perché i criteri di inclusione negli studi e nell'analisi di efficacia differiscono tra i due prodotti.

Per il Gardasil l'efficacia clinica è stata valutata:

- nelle donne che non erano state infettate dai tipi di HPV contenuti nel vaccino (cioè negative per HPV 6,11,16,18 sia alla PCR che alla ricerca degli anticorpi specifici circolanti valutati prima di iniziare il ciclo vaccinale, e fino ad 1 mese dopo la terza dose), ed avevano ricevuto il ciclo vaccinale completo (3 dosi) entro 1 anno dall'arruolamento, in assenza di violazioni dal protocollo (Per Protocol Population –PPE) (Tabella 2).
In questa popolazione, l'efficacia clinica stimata per la prevenzione delle lesioni CIN 2+ è stata del 99%.
- nel totale delle donne partecipanti, incluse le donne con infezione da HPV (27% del totale) e quelle che non avevano completato il ciclo vaccinale (Intention to Treat Population). In questa popolazione, l'efficacia clinica stimata per la prevenzione delle lesioni CIN 2+ è stata invece del 44%.

- Infine, nel totale delle donne partecipanti, incluse le donne con infezione da HPV e quelle che non avevano completato il ciclo vaccinale, l'efficacia del vaccino nel prevenire lesioni associate a qualunque tipo di HPV è stata del 18%.

Per il Cervarix l'efficacia clinica è stata valutata:

- nelle donne che non erano state infettate dai tipi di HPV contenuti nel vaccino (cioè negative per HPV 16,18 sia alla PCR che alla ricerca degli anticorpi specifici circolanti valutati prima di iniziare il ciclo vaccinale, e fino ad 1 mese dopo la terza dose), ed avevano ricevuto almeno una dose di vaccino.

In questa popolazione, l'efficacia clinica stimata per la prevenzione delle lesioni CIN 2+ è stata del 90% (Tabella 2).

Tabella 2. Efficacia clinica dei vaccini anti-HPV verso le lesioni CIN 2+

Tipo vaccino	Età vaccinate	Non vaccinate	Follow-up	PPE medio	ITT	ITT, tutti i tipi di HPV	
Quadri -valente*	16-26 anni	10.291	10.292	3 anni	99 (93-100)	44 (31-55)	18 (7-29)
Bi-valente**	15-25 anni	7.788	7.838	15 mesi			90 (53-99)

*Adattato da Ault, 2007

** Adattato da Paavonen, 2007

I dati di immunogenicità mostrano che oltre il 98% delle donne tra 15 e 26 anni presentava anticorpi specifici per i tipi di HPV contenuti nei vaccini, un mese dopo la somministrazione della terza dose.

Valutazioni condotte in bambine e ragazze tra 9 e 15 anni hanno dimostrato che in questa fascia di età il vaccino induce una risposta immunitaria maggiore di quella osservata nelle donne tra 15 e 26 anni.

La vaccinazione prima dell'inizio dei rapporti sessuali è quindi particolarmente vantaggiosa perché induce un'efficace protezione prima di un eventuale contagio con HPV.

Sicurezza della vaccinazione

I trial clinici condotti prima dell'immissione in commercio dei due vaccini hanno mostrato che le reazioni più frequenti, associate significativamente alla vaccinazione sono la febbre e le reazioni locali nella sede di iniezione. Queste reazioni hanno avuto una frequenza > 10%. Come per tutti i farmaci sono state raramente segnalate anche reazioni di possibile natura allergica (brucospiasma, orticaria). La frequenza di orticaria, tuttavia, non è risultata più elevata nel gruppo dei vaccinati rispetto al gruppo di controllo (0,06%, rispetto allo 0,18%).

La presenza di un'infezione da HPV al momento della vaccinazione non modifica il profilo di sicurezza.

Non sono stati effettuati studi specifici sul vaccino in donne in gravidanza. Nelle gravidanze insorte durante gli studi clinici (2.266 donne di cui 1.115 vaccinate e 1.151 del gruppo placebo per il Gardasil; 1.737, di cui 870 vaccinate per il Cervarix) non è stato rilevato alcun impatto negativo sulla fertilità in termini di incidenza di aborti spontanei, morti intrauterine e anomalie congenite. Tuttavia i dati disponibili non sono sufficienti per raccomandarne l'uso in gravidanza.

Controindicazioni e precauzioni

La vaccinazione è controindicata in caso di allergia ad una dose precedente dello stesso vaccino o ad uno dei suoi componenti. Inoltre deve essere eseguita se si ha in corso una malattia acuta con febbre. In questo caso, la vaccinazione va rimandata a guarigione avvenuta.

Non vi sono dati circa l'uso di questo vaccino in soggetti con deficit della risposta immune, inclusa l'infezione da HIV. Per queste persone, la vaccinazione potrebbe non essere altrettanto efficace rispetto a quanto osservato negli studi clinici.

Come tutte le vaccinazioni eseguite per via intramuscolare, anche questo vaccino va somministrato con cautela alle persone con deficit della coagulazione.

- stimare attraverso modelli matematici il possibile impatto di diverse strategie di prevenzione del carcinoma della cervice (programmi di screening/vaccinazione)

Dati di sorveglianza post-marketing

Gli USA sono stati la prima nazione ad autorizzare il vaccino anti-HPV (Gardasil), nel Giugno 2006. Al 4 giugno 2007 risultavano distribuite oltre 5 milioni di dosi (CDC Q&A, 2007). I dati di farmacovigilanza statunitensi (VAERS) non hanno ad oggi mostrato segnali di allarme, e non sono state intraprese misure a riguardo. La maggioranza delle segnalazioni ha riguardato reazioni locali nella sede di iniezione, e vi sono casi dei casi di svenimento dopo l'iniezione. Per questo, le norme di buona pratica vaccinale prevedono che le persone vaccinate restino per almeno 15 minuti dopo la somministrazione nell'ambulatorio dove la vaccinazione è stata eseguita.

Sono stati inoltre segnalati 13 casi di Sindrome di Guillan Barrè e tre decessi in associazione temporale con la vaccinazione. Questi casi sono stati indagati in dettaglio; in particolare i decessi sono stati causati rispettivamente da un'embolia polmonare, una miocardite ed un disturbo della coagulazione. Non vi sono evidenze di un'associazione causale con la vaccinazione.

Non sono ad oggi disponibili dati di efficacia di campo ottenuti dopo l'introduzione sul mercato del vaccino.

Ricerca post-marketing

I dati che hanno portato all'autorizzazione del vaccino dimostrano la sua efficacia e sicurezza nella popolazione che ha partecipato agli studi clinici. Una volta introdotto sul mercato, sarà comunque importante condurre ulteriori valutazioni mirate a migliorare le conoscenze su alcuni temi rilevanti. Tra questi, citiamo l'efficacia, l'immunogenicità e il profilo di sicurezza a lungo termine, l'impatto della vaccinazione sulle politiche di screening, e la potenziale pressione selettiva della vaccinazione sui tipi circolanti di HPV. A questi si affiancano altri punti importanti per l'attuazione di politiche vaccinali, quali le possibilità di somministrazione contemporanea con altre vaccinazioni (ad oggi sono disponibili solo dati di co-somministrazione con il vaccino antiepatite B), ed informazioni sulla vaccinazione di persone con deficit della risposta immune, inclusa l'infezione da HIV.

A questo proposito, il Ministero della Salute ha finanziato alcuni studi, che hanno tra gli altri, gli obiettivi di:

- descrivere l'incidenza per carcinoma della cervice in Italia, per area geografica ed età
- descrivere la mortalità per carcinoma della cervice in Italia, aggiustata per misclassificazione, per area geografica ed età
- stimare la prevalenza delle infezioni da HPV ad alto rischio nelle donne tra 18 e 26 anni, residenti nel nord, centro e sud Italia

- stimare la prevalenza delle infezioni da HPV ad alto rischio nelle donne tra 25 e 60 anni residenti nel nord, centro e sud Italia
- effettuare una indagine di conoscenza, attitudine e pratica (CAP) sul tumore della cervice uterina e le sue possibilità di prevenzione primaria e secondaria, in un campione di donne italiane di 18-26 anni
- stimare l'adesione all'offerta attiva della vaccinazione contro l'HPV rivolta a donne italiane tra 18 e 26 anni
- valutare la fattibilità di uno studio sull'interazione tra vaccinazione anti-HPV e screening del carcinoma della cervice

Il programma di vaccinazione contro l'HPV: l'esperienza di altri Paesi

Nell'Agosto 2006 l'OMS ha pubblicato una guida per l'introduzione dei vaccini anti-HPV, in cui riporta che in base alle evidenze disponibili le pre-adolescenti tra 9-13 anni di età rappresentano il target primario della vaccinazione. La somministrazione prima dell'inizio dei rapporti sessuali è infatti particolarmente vantaggiosa perché induce una protezione elevata prima di un eventuale contagio con HPV.

L'OMS evidenzia quindi l'importanza di identificare in ogni nazione la strategia più appropriata per offrire il vaccino in questa popolazione.

Le ragazze tra 14 e 26 anni di età vengono considerate come target secondario di vaccinazione, e viene sottolineata la necessità di maggiori dati di costo-efficacia, sia per questa popolazione che per i giovani maschi. Inoltre, viene riportato come la vaccinazione in questa fascia di età avrà probabilmente un impatto di salute più limitato, ed è importante che non faccia deviare le risorse destinate alla vaccinazione delle pre-adolescenti.

Si sottolinea quindi che, sulla base delle evidenze attualmente disponibili, l'OMS raccomanda, come target prioritario della vaccinazione le pre-adolescenti (9-13 anni). Gli Stati Uniti sono stati la prima nazione ad introdurre la vaccinazione su larga scala. La vaccinazione di routine, con 3 dosi, è infatti raccomandata per le ragazze di 11-12 anni, con possibilità di anticiparla fino a 9 anni. Il catch-up è raccomandato per le ragazze di 13-26 anni mai vaccinate o che non hanno completato il ciclo vaccinale. Il costo del vaccino è, però, a carico del cittadino, con possibilità di rimborso da parte dell'eventuale Compagnia assicurativa.

In Europa, per quanto riguarda l'offerta della vaccinazione anti-HPV, si rimanda alla tabella di seguito riportata.

Tabella. 3: Lo stato dei Paesi Europei riguardante l'introduzione di vaccino HPV nel programma nazionale di immunizzazione (aggiornato dicembre 2007)

Vaccino introdotto nel programma nazionale	Fr, It, Au, Ge
In attesa di autorizzazione dall'autorità nazionale	
dopo raccomandazione della Commissione Consultiva	Gr, Sk,
Vaccino in valutazione dalla Commissione Consultiva	Be, Dk, Lu, No, Por, Sl, Sp, Sw, UK
Revisione pianificata dell'introduzione del vaccino	Cz, Fi, Ir, La, Li, Ne, Pol
Nessuna revisione pianificata dell'introduzione del vaccino	Bu, Cy, Hu, Ic, Ro

Fonte: CNESPS-ISS

Obiettivi di salute del programma di vaccinazione

La Risoluzione WHA57.12, “Strategia Globale per la Salute Riproduttiva”, adottata dagli Stati Membri dell’OMS nel 2004, identifica, tra i cinque componenti essenziali della salute sessuale e riproduttiva, la lotta alle malattie sessualmente trasmesse, incluso il cervicocarcinoma. Nel documento viene, inoltre, sottolineato che, viste le strette correlazioni esistenti tra la salute sessuale e quella riproduttiva, interventi realizzati in un ambito avranno inevitabilmente ripercussioni significative anche nell’altro. È, pertanto, necessario implementare i servizi esistenti per la realizzazione di interventi nuovi, guardando alla massima sinergia.

La Risoluzione WHA58.22, adottata dagli Stati Membri dell’OMS durante la 58a Assemblea Mondiale della Sanità nel 2005 e riguardante le attività di prevenzione e controllo delle patologie neoplastiche, enfatizza l’importanza della lotta al cervicocarcinoma per il raggiungimento degli obiettivi internazionali di sviluppo e di quelli relativi alla salute riproduttiva. Viene, inoltre, messa in risalto “la necessità di promuovere la ricerca per lo sviluppo di un efficace vaccino contro il cervicocarcinoma”. La Global Immunization View and Strategy (GIVS), sviluppata congiuntamente da OMS ed UNICEF ed adottata dall’OMS durante la 58a Assemblea Mondiale della Sanità nel 2005, mira ad ampliare il Programma Esteso di Immunizzazione (EPI) ad altri contesti ed altri gruppi di età.

La “Strategia Globale dell’OMS per la prevenzione ed il controllo delle infezioni sessualmente trasmesse: 2006-2015”, approvata durante la 59a Assemblea Mondiale della Sanità nel 2006, mette in risalto le opportunità offerte dalla vaccinazione anti-HPV, come prevenzione dell’infezione da HPV e del cervicocarcinoma, e come occasione di educazione sessuale degli adolescenti quale misura di prevenzione contro le malattie sessualmente trasmesse in genere.

La disponibilità del vaccino anti-HPV rappresenta, oltre che un’importante occasione di prevenzione individuale, soprattutto una rilevante opportunità per l’intera comunità. D’altro canto, essa impone ponderate riflessioni per l’impegno operativo che comporterà e presenta molteplici implicazioni per l’identificazione della migliore strategia da attuare.

La disponibilità di uno strumento di prevenzione primaria contro una malattia che colpisce doppiamente la donna, in quanto malattia oncologica e poiché interessa l’apparato riproduttivo, rischia, se non preceduta ed accompagnata da una pianificazione meticolosa e da una informazione corretta, di produrre un’inappropriata aspettativa.

Altra minaccia insita in tale contesto è quella di trascurare l’importanza, e pertanto accantonare, quelle azioni di verifica necessarie al fine di valutare l’impatto e l’efficacia degli interventi realizzabili in questo ambito.

In base alle evidenze attualmente disponibili, ed in accordo con le raccomandazioni dell’OMS, i 12 anni risultano essere, nella realtà italiana, l’età più indicata per la vaccinazione.

La vaccinazione prima dell’inizio dell’attività sessuale è, infatti, particolarmente vantaggiosa perché induce una protezione elevata prima di un eventuale contagio con l’HPV. D’altronde il successo delle strategie vaccinali si fonda, da sempre, sulla vaccinazione prima dell’esposizione all’agente infettivo.

Compito del Ministero della Salute, insieme alle Regioni, è quello di governare la disponibilità di tale strumento di prevenzione, fornendo indirizzi coerenti ai servizi e agli operatori, sulla base delle migliori evidenze scientifiche disponibili, al fine di garantire equità di accesso e parità di offerta attiva delle prestazioni sanitarie, inclusa la prevenzione primaria, a tutta la popolazione target nazionale.

In caso contrario si verrebbe a creare una situazione di difformità nelle modalità di accesso e pagamento e, addirittura, differenti modalità di offerta in diverse AUSL della stessa Regione che, oltre a produrre un sentimento di disagio nella popolazione.

PROGRAMMA DI VACCINAZIONE

In Italia, le vaccinazioni sono prestazioni erogate attraverso strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale, caratterizzate da diversità dei modelli organizzativi a livello regionale e locale.

Oltre agli operatori di queste strutture, un ruolo non trascurabile in ambito vaccinale è svolto anche dal pediatra di famiglia e dal medico di medicina generale. Essi hanno, con ciascun assistito (bambino o adulto), un rapporto esclusivo, caratterizzato dalla conoscenza di tutta la storia evolutiva e clinica, e finalizzato alla tutela della salute del singolo. Essi rappresentano un punto di riferimento per la famiglia, in merito alle vaccinazioni da effettuare ed alla migliore strategia vaccinale da adottare.

Ne consegue che essi hanno anche una importante responsabilità, in termini di correttezza ed esaustività dell'informazione fornita all'assistito ed alla famiglia.

Inoltre, esistono realtà in cui anche il pediatra di famiglia vaccina direttamente i propri assistiti, talora proprio perché incaricato dalle Aziende sanitarie.

Sia il pediatra di famiglia che il medico di medicina generale hanno, pertanto, una funzione di supporto e rinforzo alla pratica vaccinale svolta dalle strutture pubbliche.

Infatti, se tradizionalmente il coinvolgimento di queste due figure professionali riguarda due ambiti diversi, rispettivamente le vaccinazioni in età pediatrica e quelle dell'adulto, nel caso della vaccinazione anti-HPV, considerata l'età target dell'intervento a cavallo tra l'infanzia e l'età adulta, non solo è inevitabile il coinvolgimento di entrambi, ma è quanto mai necessario rafforzare le sinergie e alleanze già esistenti attraverso una attività di programmazione mirata all'integrazione.

Contemporaneamente, è necessario il coinvolgimento anche di altre figure professionali, normalmente estranee al mondo delle vaccinazioni.

Infatti, dal momento che l'obiettivo di questa nuova vaccinazione consiste nel ridurre la morbosità e mortalità delle infezioni da HPV e del cervicocarcinoma, appare indispensabile l'integrazione tra il mondo delle vaccinazioni e quello dello screening. Questa integrazione richiederà anche la condivisione delle informazioni disponibili nelle banche dati, già esistenti e di nuova implementazione, al fine di valutare l'impatto della strategia di vaccinazione. Inoltre, dato che il vaccino non previene tutti i tumori cervicali sarà necessario mantenere livelli elevati di compliance allo screening. L'integrazione della comunicazione alle donne tra i due ambiti risulta, quindi, essenziale.

Visto il contesto nazionale, l'offerta attiva e gratuita, attraverso le Strutture del SSN deputate all'erogazione delle vaccinazioni, del vaccino anti-HPV alle ragazze nel corso del dodicesimo anno di vita (dal compimento degli 11 anni fino al compimento dei 12 anni), presenta i seguenti vantaggi:

- indurre la migliore risposta immunitaria al vaccino e precedere l'inizio dell'attività sessuale, garantendo così la massima efficacia della vaccinazione;
- rivolgersi a ragazze che frequentano la scuola dell'obbligo facilitando l'offerta attiva anche a gruppi a rischio di deprivazione sociale;
- facilitare la comunicazione con le famiglie;
- mantenere la vaccinazione nell'ambito del patrimonio professionale e delle prestazioni delle Strutture del SSN deputate all'erogazione delle vaccinazioni del SSN: una rete esistente, consolidata ed esperta di vaccinazioni;
- raggiungere elevate coperture vaccinali in breve tempo, sfruttando le occasioni di contatto con le strutture vaccinali degli adolescenti, già target di altri interventi vaccinali;
- impiegare anagrafi vaccinali esistenti per: registrazione vaccinazioni effettuate, follow-up e valutazione coperture vaccinali e conseguente determinazione di impatto della vaccinazione sulla popolazione (anche se sul lungo perio-

- do), in termini di guadagno di salute e risparmio della spesa sanitaria;
- proporre una stima finanziaria dei costi sostenibile da tutte le Regioni (uniformità di accesso gratuito come garanzia del diritto alla prevenzione vaccinale);
- promuovere l'integrazione ed il confronto con MMG, pediatri di libera scelta e altre categorie specialistiche, tradizionalmente impegnate nella prevenzione, diagnosi e cura delle patologie cronico-degenerative dell'apparato riproduttivo femminile;
- limitare le disuguaglianze;
- organizzare e gestire il monitoraggio dei vaccinati;
- stimare il futuro impatto della vaccinazione.

Come già rilevato, il vaccino anti-HPV è efficace nelle donne fino ai 25/26 anni di età, a seconda del vaccino utilizzato, e, infatti, sarà disponibile per l'acquisto in farmacia dietro presentazione di prescrizione medica. Ai fini della valutazione dell'impatto della vaccinazione, saranno progettate ed implementate modalità di registrazione di ogni vaccinazione effettuata.

Valutazione del programma di vaccinazione.

Come per tutte le attività di vaccinazione, è necessario che l'introduzione della vaccinazione anti-HPV sia affiancata da un adeguato programma di monitoraggio, che consenta di ottenere informazioni sui tre indicatori cardine dei programmi vaccinali, cioè:

- la percentuale di popolazione vaccinata (copertura vaccinale)
- la frequenza di eventi avversi
- l'andamento dell'esito prevenibile

Pertanto, l'avvio della vaccinazione dovrà essere accompagnata dalle seguenti azioni: **Monitoraggio della copertura vaccinale**, attraverso la registrazione di dati anagrafici e vaccinali (nome commerciale e lotto del vaccino, data e ora di somministrazione) individuali. Per una lista delle variabili si rimanda al Piano nazionale vaccini 2005-2007. È importante che tali informazioni vengano registrate in anagrafi vaccinali informatizzate. Inoltre, sarà necessario sensibilizzare i medici di famiglia, pediatri e ginecologi della necessità di comunicare alle ASL le vaccinazioni anti-HPV effettuate privatamente. A questo proposito, è opportuno che i medici vengano informati sulle modalità di trasmissione di tali informazioni, e che queste siano semplici e facilmente accessibili (ad es, fax, e-mail).

In ogni Regione, le coperture vaccinali verranno valutate annualmente con il metodo amministrativo routinario. In dettaglio, per le ragazze di ogni coorte di nascita target sarà calcolata la copertura vaccinale per la terza dose raggiunta entro il 13° anno di età. Ad esempio, le ragazze nate nel 1997 saranno chiamate attivamente per la vaccinazione nel 2008, e la copertura vaccinale per la terza dose sarà stimata in base alle vaccinazioni effettuate entro il 31 dicembre 2009.

Monitoraggio degli eventi avversi. In Italia, la sorveglianza degli eventi avversi a vaccino fa capo alla rete di farmacovigilanza coordinata dall'AIFA. Oltre a sensibilizzare i medici alla segnalazione, attraverso diversi canali (Bollettino informazione farmaci, sito web), è auspicabile che vengano individuate le modalità per condurre delle attività ulteriori di farmacovigilanza, basate ad esempio su siti sentinella che conducano un monitoraggio attivo dei possibili eventi avversi. I dati di farmacovigilanza verranno analizzati e diffusi su base annuale.

Monitoraggio degli esiti prevenibili. Gli esiti prevenibili sono rappresentati dalle infezioni da HPV ad alto rischio, dalle lesioni precancerose e dal tumore della cervice. Si tratta quindi di indicatori diversi, ottenibili sia da studi ad hoc, quali gli stu-

di di prevalenza ed incidenza delle infezioni da HPV, particolarmente rilevanti anche per valutare l'eventuale pressione selettiva del vaccino verso tipi di HPV ad alto rischio non pervenibili, che da dati routinari come quelli desumibili dai Registri Tumori. In particolare, per la valutazione dell'impatto sulla frequenza di lesioni precancerose, sono essenziali i dati derivati dai programmi di screening, visto che le stesse sono asintomatiche e individuate solo attraverso lo screening. E' essenziale, a questo proposito, un coordinamento delle informazioni desumibili dalle diverse fonti, in modo che queste siano rese stabilmente disponibili.

Obiettivi di copertura del programma di vaccinazione

Raggiungimento di una copertura >95%, con tre dosi di vaccino, entro i cinque anni dall'inizio del programma di vaccinazione, cioè per le ragazze nate nel 2001, che saranno invitate attivamente alla vaccinazione nel 2012, e la cui copertura sarà valutata al 31 dicembre 2013.

Azioni da intraprendere

Ogni Regione dovrà assicurare la realizzazione delle attività di propria competenza per la messa in atto dell'offerta attiva del vaccino contro l'infezione da HPV, secondo la strategia individuata nel presente documento, anche attraverso la formalizzazione di un programma di vaccinazione che garantisca in particolare:

1. la formazione di tutti gli operatori coinvolti nella promozione, organizzazione ed effettuazione della vaccinazione anti-HPV (Ginecologi e Ostetriche, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Medicina Generale, operatori di Sanità pubblica e dei Programmi di Screening), promuovendo il massimo grado di integrazione fra di loro e un alto livello di coerenza nelle azioni e nella comunicazione; a tale scopo, è disponibile, un 'pacchetto' formativo, composto da presentazioni in powerpoint, messo a punto da un sottogruppo del coordinamento Interregionale della prevenzione con l'Istituto Superiore di Sanità;
2. l'effettuazione dell'intervento vaccinale anti-HPV in modo omogeneo su tutto il territorio regionale in conformità con gli obiettivi previsti da questo documento e con le modalità concordate con le altre Regioni, nel rispetto della autonomia di ogni singola Regione nella organizzazione interna;
3. la partecipazione con il livello centrale a programmi di valutazione dell'efficacia e sicurezza della vaccinazione e del suo impatto epidemiologico sulla popolazione e sui programmi di screening organizzati, sia attraverso la rigorosa raccolta dei dati sia garantendo un'adeguata partecipazione ai programmi di studio in atto o di futura attivazione. Tali informazioni consentiranno anche di valutare le migliori strategie integrate di prevenzione primaria e secondaria, tenendo conto del rapporto costi-benefici a parità di tumori prevenuti.

Gli obiettivi

Gli obiettivi principali di un corso di formazione/informazione rivolto agli operatori sanitari sono i seguenti:

- permettere l'aggiornamento sulla malattia, sul profilo epidemiologico della stessa, sulle misure di prevenzione secondaria e loro modalità di offerta/implementazione;
- informare sui vaccini; efficacia, sicurezza, raggiungimento dei livelli di copertura raccomandati in base agli scenari attualmente descrivibili, comunicazione per adesione consapevole, anagrafe vaccinale per il follow up degli immunizzati;
- condividere i dati di letteratura più aggiornati sugli argomenti sopra citati tra tutte le figure sanitarie coinvolte (operatori di sanità pubblica e dei servizi

vaccinali, ginecologi/ostetrici, oncologi, operatori dei consultori, pediatri di libera scelta, medici di medicina generale), al fine di permettere il confronto tra le diverse professionalità e permettere la condivisione delle diverse modalità di approccio alla prevenzione tese ad informare la popolazione target in modo omogeneo;

- mettere a punto delle strategie condivise di offerta attiva della vaccinazione alle pre-adolescenti.
- Migliorare l'utilizzo delle anagrafi vaccinali informatizzate in collegamento con le anagrafi sanitarie.

LA COMUNICAZIONE

Il percorso di introduzione del vaccino anti-HPV in Italia è stato già da tempo annunciato e seguito attraverso interventi sia sui media, sia sulla rete internet. Questi interventi sono stati promossi da organizzazioni e soggetti spesso con obiettivi e interessi differenziati: associazioni di genitori, società scientifiche, esponenti del mondo sanitario o dell'amministrazione pubblica..

La pluralità degli stakeholder e dei diversi interessi coinvolti rende quindi necessario fornire un'informazione chiara, omogenea e di elevata qualità, limitando il rischio che gli operatori sanitari ed i cittadini siano disorientati da messaggi contraddittori.

Pertanto, il Ministero della Salute realizzerà, nel primo trimestre del 2008, una campagna di comunicazione, per i destinatari del programma di vaccinazione e la popolazione in generale, sulla vaccinazione anti-HPV.

Gli obiettivi

Gli obiettivi principali di una strategia di comunicazione che accompagni l'avvio dell'offerta attiva della vaccinazione anti-HPV possono essere i seguenti:

- coinvolgere tutti gli attori dell'offerta vaccinale in una strategia condivisa;
- offrire ai cittadini, ai media e al mondo sanitario un'immagine compatta della sanità pubblica e delle scelte riguardo la vaccinazione anti-HPV
- valorizzare il percorso comune svolto da Stato e Regioni;
- offrire ai cittadini informazioni certe e comprensibili sulle caratteristiche e i vantaggi del vaccino e, più in generale, sull'importanza della prevenzione e di una sessualità sicura, a tutela della propria salute.

Le azioni

Una comunicazione proattiva ed efficace andrebbe articolata almeno su tre livelli di uguale peso e importanza:

1. chiarezza e valorizzazione della scelta politica delle istituzioni nazionali (Ministero, Consiglio superiore di Sanità, Aifa), nonché quella dei decisori politici sul territorio (Assessori, Presidenti Regioni, Direttori Generali, ecc)
2. coinvolgimento degli operatori di front-line responsabili dell'offerta vaccinale e più in generale delle figure di riferimento in questo campo (medici di famiglia, pediatri ecc.) attraverso la condivisione della strategia di vaccinazione prescelta;
3. l'informazione puntuale e precisa verso i cittadini (target primari e secondari) e il loro coinvolgimento in un percorso di empowerment per quanto attiene la prevenzione oncologica e della salute riproduttiva e sessuale.

Gli strumenti

I possibili strumenti per la realizzazione di una strategia di comunicazione sulla vaccinazione anti HPV, andranno definiti in dettaglio in uno specifico piano di co-

municazione del Ministero della Salute, che sarà condiviso e reso disponibile per le Regioni e PP.AA..

Finanziamento

Alla Direzione Generale della Prevenzione sanitaria è stato assegnato un fondo per un totale di 40 milioni di euro dai seguenti capitoli finanziari del Ministero della Salute:

- Cap. 4100/P.G. n. 22 - denominazione "Spese per attività di programmazione e sorveglianza a tutela della salute umana" € 32.500.000,00;
- Cap. 4384 (di nuova istituzione) - denominazione "Somme da assegnare alle Regioni e Province autonome Trento e di Bolzano per attività di informazione, educazione sanitaria e monitoraggio a tutela della salute umana" € 7.500.000,00; con la finalità di devolverli alle regioni e PP.AA. in massima parte per sostenere il programma di prevenzione, che include la vaccinazione anti-HPV.

L'allocazione di tali fondi dovrà compiersi, improrogabilmente, entro il 31 dicembre 2007, pena la messa in economia degli stessi.

Nel rispetto della piena autonomia decisionale delle Regioni e PP.AA., si rammenta l'unicità del programma di immunizzazione e, su suggerimento del Coordinamento Interregionale della Prevenzione, si propone una campagna nazionale di comunicazione, delineata congiuntamente con il sopraccitato Coordinamento e gestita dal Ministero della Salute, per armonizzare l'offerta della vaccinazione anti-HPV nelle singole Regioni e PP.AA.

La campagna di comunicazione prevede l'assenza di copyright e la messa a disposizione del materiale prodotto a livello regionale ed aziendale, con possibilità di personalizzazione del materiale cartaceo con i propri loghi istituzionali. Si prevede, inoltre, una valutazione unica dell'impatto della campagna.

Per questa attività, viene definito un residuo del capitolo Cap. 4100/P.G. n. 22, per l'importo di 2 milioni di euro.

Inoltre, nel Disegno di Legge Finanziaria dell'anno 2008, è previsto, all'art. 86, lo stanziamento di un ulteriore di un contributo finanziario alle regioni e province autonome, finalizzato ad agevolare la diffusione tra le dodicenni della vaccinazione anti-HPV basata sull'offerta attiva del vaccino.

Si riporta, di seguito, la ripartizione del fondo del Ministero della Salute, da allocare entro il 31/12/2007, per quota pro capite, alle Regioni e PP.AA. (allegato A, che costituisce parte integrante e sostanziale del Decreto Ministeriale di assegnazione del fondo sopraccitato).

Referenze bibliografiche

1. Levi F, Lucchini F, Negri E, Franceschi S, La Vecchia C. Cervical cancer mortality in young women in Europe: patterns and trends. *Eur J Cancer* 2000 ;36 :2266-2271.
2. IARC Working Group. Human Papillomaviruses. IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, vol. 64. Lyon. International Agency for Research on Cancer; 1995.
3. Munoz N, Bosch FX, Castellsague X, Diaz M, de Sanjose S, Hammouda D, et al. Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen? The international perspective. *Int J Cancer* 2004; 111:278-85.
4. Frazer IH, Cox JT, Mayeaux EJ, Franco EL, et al. Advances in prevention of cervical cancer and other Human Papillomavirus-related diseases. *Ped Infect Dis J* 2006; 25:S65-81
5. AIRT working group. I tumori in Italia-Rapporto 2006. Incidenza, mortalità e stime. *Epidemiologia e prevenzione* 2006; (1) S: 64-65

6. Ronco G, Ghisetti V, Segnan N, Snijders JFP, Gillio-Tos A, Meijer CJLM, Merletti F, Franceschi S. Prevalence of human papillomavirus infection in women in Turin, Italy. *European Journal of Cancer* 41, 297-305
7. De Francesco MA, Gargiulo F, Schreiber C, Ciravolo G, Salinaro F, Manca N. Detection and genotyping of Human papillomavirus in cervical samples from Italian patients. *J Med Virol* 2005; 75: 588-592
8. Centurioni MG, Puppo A, Merlo DF, Pasciucco G, Cusimano ER, Sirito R, Gustavino CA. Prevalence of human papillomavirus cervical infection in an Italian asymptomatic population. *BMC Infectious diseases* 2005; 5:77.
9. Salfa MC, Bocci C, Lillo F, Brunini de Sousa SM, Barbero M, Stayton C, Suligoi B. Epidemiologia dell'infezione cervico-vaginale da Human Papillomavirus (HPV) in donne afferenti ad un programma organizzato per la prevenzione del cervicocarcinoma. Abstract accettato alla IX Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica. Parma 13-15 ottobre 2005.
10. Verteramo R, Pierangeli A, Calzolari E et al. Direct Sequencing of HPV DNA detected in gynaecologic outpatients in Rome, Italy. *Microbes and Infection* 2006 (in corso di stampa)
11. Rasso M, Bertoloni G, Mengoli C, Peron A, Benedetti P, Palù G. HPV genotype prevalence in cervical specimens with abnormal cytology: a report from north-east Italy. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases* 2005; 37 (6-7): 476-81.
12. Carozzi FM, Confortini M, Cecchini S et al. Triage with Human Papillomavirus testing of women with cytologic abnormalities prompting referral for colposcopy assessment. *Cancer* 2005; 105:2-7
13. Ronco G, Giubilato P, Naldoni C, Zorzi M, et al. Livello di attivazione ed indicatori di processo dei programmi organizzati di screening dei tumori del collo dell'utero in Italia. In: Osservatorio Nazionale Screening, Quarto rapporto. Novembre 2005
14. Harper DM, Franco EL, Wheller CM et al. Sustained efficacy up to 4.5 years of bivalent L1 virus-like particles against human papilloma virus type 16 and 18: follow-up from a randomised trial. *Lancet* 2006; 367:1247-55.
15. Kahn JA, Burk RD. Papillomavirus vaccines in perspective. *Lancet* 2007; 369: 2135-7.
16. Paavonen J, Jenkins D, Bosch FX. For the PATRICIA study group. Efficacy of a prophylactic adjuvanted bivalent L1 virus-like particle vaccine against infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women. *Lancet* 2007; published online June 28. DOI: 10.1016/s0140-6736(07)60946-5.
17. Ault KA The Future II Study Group. Effect of prophylactic human papillomavirus L1 virus-like particles vaccine on risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 2, grade 3, and adenocarcinoma in situ: a combined analysis of four randomised clinical trials. *Lancet* 2007;369:1861-68.
18. Hildesheim A, Herrero R, Wacholder S, Rodriguez A, Solomon D, Bratti MC, et al. For the Costa Rican HPV Vaccine Trial Group. Effect of Human Papillomavirus 16/18 L1 Viruslike Particle Vaccine Among Young Women With Preexisting Infection: A Randomized Trial. *JAMA* 2007; 298: 743-53.
19. Rabout, Hopkins L, Hutton B, Fergusson D. Prophylactic vaccination against human papillomavirus infection and disease in women: a systematic review of randomized controlled trials. *CMAJ* 2007; 177: 469-79.

Progetto Tevere: nuovi clinical trials per la prevenzione dei tumori al seno

Il Progetto Tevere rappresenta la prima grande impresa scientifica per la prevenzione primaria dei tumori al seno condotta in Italia. E' composto da tre studi principali condotti dai tre grandi istituti oncologici italiani l'Istituto Oncologico Europeo, l'Istituto Nazionale Tumori di Milano e l'Istituto Regina Elena di Roma. Il primo studio e' uno studio di intervento di fase tre, multicentrico, che valuterà gli effetti preventivi del fenretinide nella prevenzione del tumore al seno in donne ad alto rischio di tumore perche' BRC1 e BRC2 positive; il secondo studio, valuta in uno studio randomizzato e controllato gli effetti di una dieta e modificazioni di stile di vita possono modificare l'incidenza dei tumori al seno in donne premenopausali e postmenopausali; il terzo valuta gli effetti della metformina, un farmaco generico antidiabetico, sulla incidenza di tumori al seno in donne in postmenopausa.

Il progetto Tevere sara' dunque basato su tre istituti promotori ma risultera' ampiamente integrato tra di essi perche':

- Gli aspetti di metodologia e di disegno avranno aspetti comuni (per esempio definizione del follow-up; definizione degli outcomes anche con dettagli molecolari; elaborazione di modelli predittivi e preventivi per singoli individui e sottogruppi di popolazione ad alto rischio)

- La conservazione del materiale biologico raccolto alla base dei trial e durante il follow-up dello studio sara' basato sulla stessa metodologia e strutture gia' identificate per il progetto Italia-USA a cui tutti e tre gli istituti partecipano

- L'attivita' di reclutamento che avverra' simultaneamente nei tre istituti.

Il progetto Tevere sara' altresì aperto ad altre realtà oncologiche, come gli IRCCS e unita' del SSN che abbiano già operato studi clinici di grandi numeri. Tra queste unita' il progetto sara' aperto ad istituti collocati nel Meridione di Italia (quali ad esempio l'ospedale di Taormina, l'Istituto ARES di Palermo con le sue numerose strutture complesse di oncologia) per fare in modo che l'attivita' di ricerca sia implementata anche al Sud, in zone economicamente piu' disagiate e su una popolazione a piu' basso rischio di tumore al seno, ma con dati di incidenza in netto aumento

SCHEDA

Studio Plotina: Metformina e prevenzione dei tumori al seno

Studio di intervento basato su Metformina verso placebo. Randomizzato.

Metformina –antidiabetico orale

16.000 donne sane dai 52 ai 74 anni reclutate nei tre istituti oncologici, presso altre istituzioni e attraverso programmi di screening. Le donne sono scelte sulla base di un profilo di rischio aumentato per tumore al seno (elevati livelli di testosterone sierico, eta').

Previste importanti collaborazioni con ospedale ARES di Palermo, Ospedale Pubblico di Taormina.

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: i 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:

- Riconoscimento nell'ambito dei LEA dell'Assistenza alla donna, al bambino e all'adulto in condizioni di fragilità (vittime di violenza), con esenzione dal ticket per le prestazioni in emergenza, per i follow-up sanitari e per la psicoterapia se necessaria. Assegnazione di un codice di triage (mai bianco) che consenta una presa in carico delle vittime con tempi di attesa ridotti.

- 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.
- Utilizzo in fase di Triage di strumenti che consentano l'identificazione dei casi di violenza sessuale e maltrattamento intrafamiliare prevedendo queste voci nell'elenco dei "motivi di accesso" (insieme al trauma, dolore toracico etc)
- Identificazione di due codici DRG per la violenza sessuale e il maltrattamento intrafamiliare specifici
- 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.
- Promozione presso i medici di medicina generale e i consultori familiari di strumenti per la ricerca sistematica delle vittime di violenza domestica ("screening").
- Adozione di schede per la valutazione della pericolosità che tengano 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.
- Attivazione di un Centro antiviolenza di riferimento regionale con adeguato finanziamento, all'interno dell'ospedale di maggiori dimensioni o che abbia un DEA con utenza elevata, 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 24 ore su 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 (premessi 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 even-

tuale 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...)

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.

(Testo del gruppo di lavoro sulla violenza sessuale della Commissione salute delle donne - 3 dicembre 2007)

PROGETTO ENDOMETRIOSI

1. COMUNICAZIONE
2. GIORNATA NAZIONALE PER LA LOTTA ALL'ENDOMETRIOSI
3. REGISTRO
4. FORMAZIONE
5. LINEE GUIDA
6. ASSISTENZA
7. RICERCA
8. TAVOLO INTERMINISTERIALE

1. COMUNICAZIONE

I fondi previsti dall'art. 2 della legge 40/2004 per la realizzazione di campagne di informazione e di prevenzione dei fenomeni della sterilità e della infertilità, per l'anno 2007, disponibili sul cap. 4140, ammontano a Euro 620.000,00.

Tale somma è stata interamente impegnata per la realizzazione di due progetti di comunicazione:

- a) **Accordo di collaborazione con l'Azienda Ospedaliera S. Andrea per la realizzazione di una campagna di comunicazione tendente a promuovere l'informazione e la sensibilizzazione sulla patologia ai medici di medicina generale, dei servizi sanitari territoriali e alla popolazione affinché i genitori pongano attenzione alla dismenorrea/dolori pelvici delle loro figlie e le donne in età feconda non trascurino la sintomatologia algica pelvica.**

Il target primario della campagna è quindi rappresentato dai genitori con le loro figlie e dalle donne in età feconda, ed il target secondario è costituito dai medici di medicina generale, quelli che operano nei servizi sanitari territoriali, i medici dello sport, altre strutture deputate all'educazione delle ragazze che, oltre ad essere destinatario del messaggio di sensibilizzazione, svolge funzioni di rinforzo del messaggio verso il target primario.

L'obiettivo primario che la campagna intende perseguire è la promozione dell'informazione sulla patologia endometriosica, al fine di una sua più pronta identificazione ed approccio diagnostico terapeutico, nonché ai fini della prevenzione della sterilità legata a questa condizione.

Gli obiettivi ed i contenuti specifici sono:

- Informare i genitori che la dismenorrea o le algie pelviche delle loro figlie possono essere segni che necessitano di approfondimenti diagnostici;
- Informare le donne in età feconda non trascurino la sintomatologia algica pelvica (dismenorrea, dispareunia, sintomi ciclici urinari o intestinali), in quanto il 50% delle donne affette da patologia endometriosica è collocata nella fascia d'età 29-39 anni;
- Sensibilizzare sulla patologia i medici di medicina generale, quelli che operano nei servizi sanitari territoriali, i medici dello sport, altre strutture deputate all'educazione delle ragazze.
- Accorciare i tempi per la diagnosi e per l'approccio terapeutico.

Gli strumenti di comunicazione che verranno utilizzati sono:

- Organizzazione della giornata dell'endometriosi
- Realizzazione di materiale informativo (opuscoli e locandine)
- Organizzazione di incontri sul tema
- Campagna mass mediatica
- Pianificazione di interventi redazionali a contenuto educativo-in-

formativo nell'ambito delle principali trasmissioni, con il supporto di medici ed esperti indicati dal Ministero.

Tempi di realizzazione: 12 mesi

Budget: Euro 490.000,00

b) Accordo di collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità per la realizzazione del "Progetto di informazione e formazione sui temi della fertilità: proteggi il tuo futuro".

Le abitudini di vita e i comportamenti a rischio sono sempre più spesso la causa di patologie fortemente invalidanti dal punto di vista riproduttivo. Tale quadro è ormai evidente soprattutto nella popolazione giovane considerata ad estremo rischio in quanto più esposta alla promiscuità sessuale ed ad una scarsa valutazione ed attenzione verso tematiche riproduttive e infettive.

È importante che i giovani sappiano quanto sia importante la prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale, in quanto, tra le altre cose, possono seriamente ridurre la fertilità. Vi è l'esigenza di far conoscere alle ragazze e soprattutto ai genitori che l'endometriosi va riconosciuta il prima possibile al fine di evitare gli effetti invalidanti sulla salute riproduttiva e sulla salute in generale della donna. Un maggior collegamento tra il mondo della scuola ed il mondo sanitario potrebbe essere un modo per migliorare la qualità delle prestazioni fornite sia in termini di prevenzione che in termini di preparazione del personale scolastico che quotidianamente viene in contatto con queste tematiche.

Infine, mentre in passato si riteneva che questo problema coinvolgesse maggiormente la donna, oggi è ormai accertato che il fenomeno interessa in misura sempre più crescente anche l'uomo, tanto è vero che tra le cause della sterilità quella maschile ha quasi raggiunto in percentuale la sterilità da causa femminile.

Coordinate dall'ISS sono coinvolte nel progetto l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma, la facoltà Medicina e Chirurgia dell'Università degli studi di Firenze, la facoltà Medicina e Chirurgia dell'Università degli studi di Palermo, ASL, Consultori Familiari, Istituti scolastici, Associazioni di pazienti con patologie legate alla sterilità ed infertilità, Associazioni di genitori.

Il progetto ha come target primario giovani tra i 15 ed i 19 anni residenti nel territorio Roma Nord, Firenze e Palermo e, come target secondario gli operatori sanitari e scolastici.

Scopo ed Obiettivo primario del Progetto è quello di creare uno "sportello per i giovani" di facile accesso presso le strutture sanitarie territoriali di riferimento dove i giovani possano trovare sostegno per affrontare i loro problemi e un aiuto per prevenire danni alla loro salute riproduttiva. A tal fine lo "sportello per i giovani" dovrebbe assicurare:

- a) la diffusione di una maggiore conoscenza del proprio corpo e dei fattori che possono determinare l'insorgere di malattie.
- b) la diffusione capillare in ciascun ambito territoriale di riferimento dello sportello e delle sue funzioni
- c) la diffusione di quelle che sono le corrette abitudini e gli stili di vita con particolare riferimento alle patologie che interessano il sistema riproduttivo,
- d) la ricezione delle esigenze e delle istanze dei giovani in tema di salvaguardia della fertilità e di protezione dell'apparato riproduttivo, nonché di tutte quelle problematiche e difficoltà che possono vedere coinvolti i giovani nel passaggio dall'adolescenza ad una età più matura.

Scopo ed Obiettivo secondario del Progetto è la creazione di un network tra le strutture territoriali e l'ospedale di riferimento che porti a

- a) Coinvolgimento dei genitori attraverso un'opera di sensibilizzazione e di avvicinamento alla problematica

- b) Coinvolgimento dell'istituzione scolastica attraverso la creazione di seminari istituiti ad hoc dalla struttura universitaria di riferimento per la formazione degli insegnanti e per una diffusione dell'informazione che sia corretta, scientifica ed aggiornata con le linee guida nazionali e con la letteratura di più alta valenza nazionale ed internazionale.
- c) qualificazione ed addestramento del personale dislocato sul territorio (p.es. nel consultorio: ginecologi, ostetriche, operatori sociali...) attraverso veri e propri corsi istituiti ad hoc dalla struttura universitaria di riferimento, al fine di creare un vero e proprio gruppo di esperti che possano rispondere alle esigenze sopra esposte
- d) Creazione di uno stretto collegamento tra il consultorio o la struttura scolastica con l'ospedale per avere a disposizione da parte dell'operatore del territorio di un canale preferenziale attraverso il quale indirizzare l'adolescente che abbia bisogno di accertamenti od esami specifici.

Tempi di realizzazione: 24 mesi

Budget: Euro 130.000,00

2. GIORNATA NAZIONALE PER LA LOTTA ALL'ENDOMETRIOSI

Si prevede di istituire la giornata nazionale per la lotta all' endometriosi. La giornata dovrebbe ricadere nella seconda settimana di marzo, così da essere ricompresa nel periodo in cui, come già accade dal 2005 in Europa ed in molti Paesi nel mondo, si svolge la "settimana per la lotta all'endometriosi".

In coordinamento con le associazioni di pazienti e con gli organismi operanti nel settore, in questa giornata si dovrebbero intraprendere iniziative volte a promuovere campagne di sensibilizzazione sulle caratteristiche della patologia, sulla sintomatologia e sulla diagnosi.

3. REGISTRO

La Finanziaria prevede l'istituzione di un Registro nazionale dedicato alla patologia al fine di poter disporre di dati epidemiologici certi (ad oggi non stimati) sulla sua reale incidenza.

Il Registro potrebbe essere collocato presso l'Istituto Superiore di Sanità (ad esempio, per un motivo di continuità ed economia, appoggiato al registro per la PMA già attivo).

Il registro costituisce lo strumento per la raccolta dei flussi informativi. In questo senso si prevede di istituire un DRG dedicato per l'endometriosi (la patologia attualmente rientra nel DRG generico Patologia annessiale benigna); la prescrizione mirata, nella nota 51, dei farmaci per l'endometriosi. Tali dati informativi potrebbero così essere incrociati con i dati SDO ed altre specifiche da studiare.

4. FORMAZIONE

Una formazione mirata deve essere prevista per il personale sanitario (mmg, pls, ginecologi, personale sanitario che opera nei servizi sanitari territoriali, Consultori Familiari in primis, medici dello sport, ecc.), anche attraverso corsi ECM mirati.

5. LINEE GUIDA

In collaborazione ASSR e ISS predispongono linee guida riguardanti l'appropriatezza diagnostico terapeutica (iter diagnostico strumentale, utilizzazione appropriata dei presidi terapeutici: farmaci, terapie convenzionali non farmacologiche, medicine alternative; applicazione appropriata delle terapie chirurgiche).

6. ASSISTENZA

Va sostenuta la prevenzione secondaria con il fine della precocità della diagnosi (questa attività potrebbe essere finanziata con fondi del Centro Controllo Malattie - CCM programma 2008).

Va realizzata la presa in carico della donna affetta da endometriosi attraverso una rete assistenziale coordinata tra centri territoriali, di diagnosi e cura e centri di eccellenza (limitati nel numero) per i casi complessi, che siano contemporaneamente centri di ricerca scientifica e clinica.

7. RICERCA

È possibile prevedere la destinazione di una parte dei fondi previsti dall'art.2 della legge 40/2004 per l'anno 2007 (ad es. le somme del cap. 3174 " Spese di studi e ricerche contro la sterilità e l'infertilità" pari a Euro 310.109,00) per il bando di una/più ricerche finalizzate alla patologia.

8. TAVOLO INTERMINISTERIALE

La filosofia di base è la presa in carico globale da parte del servizio socio-sanitario della donna malata di endometriosi, potendo anche prevedere per i casi più gravi (donne che hanno subito plurinterventi, con interessamento dell'apparato digerente e/o urinario) l'inserimento dell'endometriosi nelle patologie croniche (con esenzione), il diritto ad assenze per malattie, la previsione di forme di invalidità.

A tal fine si promuove l'istituzione di un Tavolo Interistituzionale, coordinato dal Ministero della salute e dal Ministero delle pari opportunità, che veda coinvolti il Ministero del lavoro, delle politiche sociali, le Regioni, l'Associazionismo.

20 dicembre 2007

DICHIARAZIONE SU “SALUTE IN TUTTE LE POLITICHE”

Roma, 18 dicembre 2007

Noi, le Delegazioni dei Ministeri della Salute degli Stati Membri dell’Unione Europea, riunite a Roma il 18 dicembre 2007 per la Conferenza Europea “Salute in tutte le politiche: risultati e sfide”

AVENDO PRESO ATTO

- Dei validi contributi forniti durante la Conferenza su una serie di argomenti rilevanti da parte dei Rappresentanti:
 - dei Servizi della Commissione Europea;
 - dell’Ufficio Regionale per l’Europa dell’OMS;
 - dell’Osservatorio Europeo sui Sistemi Sanitari e le Politiche;
 - degli Esperti invitati a dare il proprio contributo alla Conferenza sulla base delle loro capacità personali;
- Dei risultati del proprio dibattito sugli “Sviluppi Futuri” che ha avuto luogo durante la Conferenza su “Salute in Tutte le Politiche: Risultati e Sfide”;
- Le Conclusioni del Consiglio sulla Strategia Sanitaria UE adottate sulla base del Libro Bianco della Commissione Europea “Insieme per la Salute: un approccio strategico per l’UE 2008 – 2013”²⁴ e dei suoi quattro principi incluso quello su “Salute in Tutte le Politiche”;
- Dei valori incorporati nell’approccio “Salute per Tutti” dell’OMS insieme con l’attuale impegno dell’OMS Europa per il sostegno di questi valori così come espressi nel resoconto del 2005 sulla Salute per Tutti e della strategia dell’OMS Europa Sistemi Sanitari Rafforzati Salvano Vite;
- Dei risultati di una serie di Conferenze Internazionali sulla Promozione della Salute, da intendersi come seguito di quelle che hanno portato alla Dichiarazione di Alma Ata e alla Carta di Ottawa, punti di riferimento nella promozione della salute;
- Del lavoro metodologico sulla Valutazione dell’Impatto sulla Salute e sulla Valutazione dell’Impatto sui Sistemi Sanitari del Gruppo di Riflessione ad Alto Livello;
- Del dibattito e delle Conclusioni dell’Incontro Europeo sulla Valutazione dell’Impatto sulla Salute e sulla Valutazione dell’Impatto sui Sistemi Sanitari, organizzato dalla Presidenza Portoghese con il supporto della Commissione;
- Del Rapporto sull’ “Efficacia della Valutazione dell’Impatto sulla Salute” un progetto²⁵ realizzato da 21 gruppi di 19 Paesi tra il 2004 e il 2007;

AVENDO CONSIDERATO CHE

- L’art. 152 del Trattato prescrive che la Comunità Europea assicuri un elevato livello di protezione della salute nell’elaborazione ed attuazione di tutte le politiche e le attività della Comunità;
- Lo stato della salute della popolazione è determinato in larga misura da fattori esterni al settore sanitario – quali i fattori socio-economici, sociali ed ambientali che influenzano gli stili di vita e i comportamenti. La politica sanitaria dovrebbe, pertanto, mirare a migliorare i servizi sanitari pubblici e i sistemi sanitari e allo stesso tempo ad interagire con le politiche e i processi decisionali in settori diversi da quello della salute per migliorare la salute.

24 COM 2007 – 630 finale

25 Wismar, M., Blau, J., Emst, K. and Figueras, J.: *L’efficacia della Valutazione dell’Impatto sulla Salute. Ambito e limitazioni che supportano i decisori in Europa, per conto dell’Osservatorio Europeo sui Sistemi Sanitari e le Politiche*, 2007.

- Nell'attuazione della Salute In Tutte le Politiche, è molto importante l'enfasi sulle disuguaglianze di salute; inoltre, le considerazioni della salute dovrebbero coprire sia la salute fisica che quella mentale;
- I comportamenti dei cittadini – per esempio in termini di nutrizione ed attività fisica, cessazione del fumo del tabacco, danni legati all'alcool e al consumo di droghe, possono essere efficacemente influenzati attraverso la realizzazione di partnerships con politiche ed interventi compiuti al di fuori del settore sanitario, che hanno come obiettivi i vari ambienti e le comunità in cui la gente vive e lavora nonché le condizioni globali economiche, sociali e ambientali che influenzano la disponibilità e desiderabilità delle scelte sanitarie;
- Per migliorare la salute dei cittadini e per colmare le disuguaglianze sanitarie crescenti tra gli Stati e all'interno degli stessi, è essenziale sviluppare sinergie e partnerships a livello Internazionale, Europeo, Nazionale, Regionale e Locale tra le politiche sanitarie e le altre politiche, incluse quelle dell'economia, dell'agricoltura e della sicurezza alimentare, dell'assistenza sociale e dell'istruzione, dell'ambiente, del commercio, dell'energia, del trasporto, della tassazione e della ricerca.
- Un difetto di protezione e di promozione della salute dei cittadini produrrà anche gravi conseguenze economiche in considerazione del fatto che il capitale umano, inteso come popolazione in salute e ben istruito al lavoro è un prerequisito essenziale per raggiungere gli obiettivi di crescita economica e di competitività posti dall'Agenda di Lisbona;
- È essenziale rendere possibile che coloro che sono responsabili dei processi decisionali in tutti i settori a livello Europeo, Nazionale, Regionale e Locale siano pienamente consapevoli dell'impatto delle politiche e delle decisioni al fine di facilitare l'integrazione di considerazioni attinenti la salute nell'ambito dei loro processi decisionali e di attuazione delle politiche;
- Vanno rafforzati e resi più efficienti a tutti i livelli di governo (cioè Europeo, Nazionale, Regionale e Locale) i sistemi per integrare gli aspetti di sanità pubblica nei settori di politiche non-sanitarie al fine di sviluppare politiche favorevoli alla salute. Tali sistemi potrebbero includere, fra l'altro, sistemi di sorveglianza per i risultati e i determinanti di salute, sistemi per riferire in materia di politiche di sanità pubblica che rendono esplicite le connessioni fra risultati di salute, determinanti e politiche di salute, rendendo essenziali i processi di valutazione dell'impatto sulla salute nelle diverse politiche per la co-operazione intersettoriale quali comitati intersettoriali e processi istituzionali per l'adozione di politiche intersettoriali;
- La valutazione dell'impatto sulla salute è un importante strumento per l'attuazione della salute in tutte le politiche e l'evidenza disponibile²⁶ suggerisce che la valutazione dell'Impatto sulla Salute può essere utilizzata con successo come uno strumento efficace non solo per valutare gli impatti sulla salute e l'equità sulla salute, ma anche per aiutare nel processo volto a renderle visibili e per farle prendere in seria considerazione in numerosi processi decisionali; inoltre, c'è bisogno di presentare meglio il valore della Valutazione dell'Impatto sulla Salute in settori diversi da quello sanitario al fine di rafforzarne l'accettazione e lo sviluppo;
- Importanti fattori che contribuiscono all'efficacia quando si conduce e si attua la Valutazione dell'impatto sulla Salute come uno strumento per valutare le future conseguenze dell'attuare diverse opzioni sono: (i) leadership politica; (ii) supporto pubblico; (iii) inserire le considerazioni sulla salute e l'equità nella salute ad un precoce stadio di sviluppo; (iv) fornire un sostegno giuridico all'utilizzo dei fattori determinanti della salute; (v) istituire unità di supporto tecnico per assistere con concetti e evidenze; (vi) chiarire chi sostiene i costi e, quando necessario, fornendo i fondi;
- Sono state recentemente sviluppate a livello Europeo metodologie per la Valuta-

zione dell'Impatto sul Sistema Sanitario che necessitano di essere validate e ulteriormente sviluppate;

- A questo scopo, molti benefici possono essere ottenuti attraverso una effettiva collaborazione degli Stati Membri dell'U.E. tra loro e con la Commissione Europea e con l'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS e con numerosi altri soggetti interessati inclusi i Paesi terzi

AVENDO RIAFFERMATO

- Il valore e l'importanza degli obiettivi e delle raccomandazioni evidenziate nella Conclusioni del Consiglio adottate il 1 dicembre 2006 durante la Presidenza Finlandese;
- L'importanza degli obiettivi e delle raccomandazioni illustrate nelle Conclusioni del Consiglio sulla Strategia Sanitaria UE sulla Salute e Migrazione, e sulla strategia UE sulla Nutrizione, Peso in eccesso ed Obesità, adottate il 6 dicembre 2007 durante la Presidenza Portoghese.

AVENDO RICONOSCIUTO L'IMPORTANZA DELLA

cooperazione intersettoriale al fine di sviluppare efficaci risposte politiche alle attuali sfide di sanità pubblica;

ACCOLGONO CON FAVORE

Il fatto che il rafforzamento dell'integrazione delle istanze sanitarie in tutte le politiche a livello della Comunità Europea, degli Stati Membri e delle Regioni rappresenti uno dei principi chiave della Strategia Sanitaria UE approvata dal Consiglio sulla base del Libro Bianco della Commissione Europea "Insieme per la Salute: un Approccio strategico per l'UE 2008-2013" e che sia prevista l'introduzione di un nuovo meccanismo strutturato per dare attuazione agli obiettivi e ai principi di questo Libro Bianco.

DICHIARANO IL LORO IMPEGNO A

- Considerare come affrontare attivamente la sfida volta ad attuare politiche favorevoli per la salute con un evidente valore aggiunto per la salute delle persone che vivono nell'Unione Europea attraverso progetti mirati ad obiettivi determinati e piani di azione, così esemplificando i benefici degli approcci della Salute In Tutte le Politiche, e identificare a questo scopo – e per lo scambio delle migliori pratiche – aree tematiche con interferenze intersettoriali e fortemente suscettibili di produrre effetti positivi sulla salute;
- Rafforzare approcci multi-settoriali e processi a livello europeo, nazionale, regionale e locale attraverso cui gli impatti sulla sanità pubblica possano essere effettivamente presi in considerazione in tutte le politiche;
- Intensificare gli sforzi di collaborazione tra loro e, nella misura appropriata, con la Commissione Europea e con l'OMS al fine di accelerare l'elaborazione e l'attuazione di politiche favorevoli alla salute in altri settori, ivi incluse quelle di genere e le pari opportunità;
- Rafforzare l'uso della Valutazione dell'Impatto sulla Salute, quando appropriato, e promuovere l'uso delle metodologie disponibili a livello europeo, nazionale, regionale e locale e ad integrarle in altre cornici di valutazione già esistenti.

ESPRIMONO LA LORO VOLONTA' DI CONTRIBUIRE AD INTEGRARE LE ISTANZE SANITARIE IN ALTRE POLITICHE A TUTTI I LIVELLI E DI LAVORARE INSIEME A LIVELLO EUROPEO, IN COLLABORAZIONE CON LA COMMISSIONE EUROPEA E CON LA PARTECIPAZIONE DELL'OMS/EURO PER

- Contribuire a riferire con cadenza regolare nel merito gli sviluppi dell'approccio

“Salute in Tutte le Politiche” e i risultati ottenuti nel miglioramento dello stato di salute in tutti gli Stati Membri dell’UE attraverso modifiche dei determinanti della salute. A tal fine, sarebbe bene considerare la fattibilità di istituire una rete informatica ed altri strumenti di comunicazione per condividere le pratiche ottimali nell’influenzare i determinanti della salute e per monitorare le attività connesse.

- Incoraggiare l’uso delle Valutazioni dell’Impatto sulla Salute delle maggiori iniziative politiche;
- Considerare l’uso del Sistema di Valutazione dell’Impatto sui Sistemi Sanitari esistente on-line, che offre una metodologia ed un’informazione di base sulle aree chiave dei settori di intervento con riferimento alle loro interazioni e all’impatto sui sistemi sanitari, rendendolo ampiamente accessibile a livello territoriale negli Stati Membri con un approccio interattivo inteso a rendere possibile la validazione di questa metodologia;
- Intraprendere uno sforzo maggiore tra gli Stati Membri e a Livello UE per influenzare in modo efficace i fattori determinanti della salute, riaffermando il proprio impegno per le strategie dell’UE e per le politiche sul controllo del tabacco, sulla nutrizione e sull’attività fisica, sui danni legati all’alcool, sulla dipendenza da droga, sulla salute mentale, sulla salute sul lavoro e sicurezza, sulla salute e ambiente, sulla salute ed emigrazione, sull’invecchiamento, sulla prevenzione degli incidenti e degli infortuni e le tematiche relative alla salute sessuale;
- Scambiare esperienze con Paesi terzi inclusi i paesi candidati per l’UE, i paesi Balcani occidentali ed i paesi confinanti;
- Concordare di migliorare ulteriormente, a livello nazionale ed europeo, la ricerca e l’informazione di base per queste attività, valorizzando il lavoro svolto su questi aspetti nell’ambito della sanità pubblica e della ricerca;
- Concordare la valutazione dell’eventuale necessità per il rafforzamento dell’attuazione della Salute in tutte le Politiche esaminando la necessità, fra l’altro, di rafforzare i meccanismi di esperienza di sanità pubblica e di sorveglianza nazionale nonché di una comune comprensione attraverso diversi settori mediante reti, processi e meccanismi intersettoriali;
- Impegnarsi a preparare rapporti analitici sui determinanti chiave della salute nonché sulle buone pratiche nelle politiche intersettoriali e gli approcci per condizionare favorevolmente questi determinanti.

La serie di rapporti sui determinanti della salute prodotti in tal modo dovrebbe sostenere ed aiutare a sviluppare risposte politiche a livello UE e nazionale, e dovrebbe anche costituire un’instimabile base di dati di buone pratiche su iniziative volte a influenzare specifici determinanti.

- Infine, dovrebbe essere attuato un quadro sistematico e sostenibile comprendente lo sviluppo di tecniche e di know-how con lo scopo di aumentare la capacità dei Ministeri della Salute di sostenere la validità, negoziare, attuare e valutare gli approcci di “Salute In Tutte le Politiche” tenendo conto degli specifici contesti nazionali. Una stretta collaborazione con la Commissione Europea, l’Ufficio Regionale per l’Europa dell’OMS e con altre Organizzazioni Internazionali competenti in questo ambito dovrebbe essere perseguita per assicurare efficacia e piena coerenza degli sforzi.

Fatta in Roma, 18 dicembre 2007

La presente Dichiarazione è stata approvata per acclamazione durante l’ultima Sessione della Conferenza “Salute in Tutte le Politiche: Risultati e Sfide”, dalle Delegazioni Ministeriali dei 27 Stati Membri dell’U.E., convenute a Roma nel giorno 18 Dicembre 2007 su invito del Ministro Italiano della Salute, della Commissione Europea e dell’Ufficio Regionale Europeo dell’Organizzazione Mondiale della Sanità.

PARTE TERZA

I lavori della Commissione ministeriale "Salute delle Donne"

PARTE TERZA

I lavori della Commissione ministeriale "Salute delle Donne"

"Lo stato di salute delle donne in Italia" - Primo rapporto sui lavori della Commissione Salute delle donne <i>6 marzo 2008</i>	235
Premessa	236
Discorso del Ministro Livia Turco in occasione dell'insediamento della Commissione	241
La salute delle donne in Italia nel contesto demografico e sociale	247
Approccio di genere alla salute	
1. Riduzione delle disuguaglianze e approccio di genere nelle politiche per la salute	253
2. Approccio di genere nella ricerca, nelle sperimentazioni e nei trattamenti farmacologici.....	259
Salute sessuale e riproduttiva.....	275
Il percorso nascita: periodo preconcezionale gravidanza, parto, puerperio	302
La violenza contro le donne: prevenzione, servizi, formazione degli operatori socio-sanitari.....	333
Focus sulle malattie cardiovascolari della donna in post-menopausa	339
Tumori: prevenzione, diagnosi, terapia.....	343
L'associazionismo al femminile.....	353
Razionale e proposte per un Piano intersettoriale	361
Seminari	
1. Prevenzione dei tumori: tra differenze di genere e differenze territoriali	363
2. Riduzione delle disuguaglianze e approccio di genere nelle politiche per le salute.....	364
Fonti di dati per l'analisi di genere	365
1. Fonti istituzionali	366
2. Banche dati internazionali	384
3. Altre Fonti	388
Conclusioni	391
Composizione della Commissione	395

PARTE TERZA

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 la terza parte

Anna Prete

Lorenza Pastore

Valeria Tellini

INDICE

- Premessa
- Discorso del Ministro Livia Turco in occasione dell’insediamento della Commissione
- La salute delle donne in Italia nel contesto demografico e sociale
- Approccio di genere alla salute
- Riduzione delle disuguaglianze e approccio di genere nelle politiche per la salute
- Approccio di genere nella ricerca, nelle sperimentazioni e nei trattamenti farmacologici
- Salute sessuale e riproduttiva
- Il percorso nascita: periodo preconcezionale gravidanza, parto, puerperio
- La violenza contro le donne: prevenzione, servizi, formazione degli operatori socio-sanitari
- Focus sulle malattie cardiovascolari della donna in post-menopausa
- Tumori: prevenzione, diagnosi, terapia
- L’associazionismo al femminile
- Razionale e proposte per un Piano intersettoriale
- Seminari
 1. Prevenzione dei tumori: tra differenze di genere e differenze territoriali
 2. Riduzione delle disuguaglianze e approccio di genere nelle politiche per le salute
- Fonti di dati per l’analisi di genere
 1. Fonti istituzionali
 2. Banche dati internazionali
 3. Altre Fonti
- Conclusioni
- Composizione della Commissione

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.

È 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 Intersettoriale 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 intersettoriale 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 intersettoriale 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 intersettoriale, 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 Intersectoriale 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 del-

le donne con una prevalente derivazione biologica-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 sottovalutati.

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 (+5%), la 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 lo-

ro 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 raccomandazione 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 consulenti, 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

umentando); 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 inda-

- gini 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 Testò 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

ro, 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 Minelli.

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 condi-

zioni 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, ri-

- spettivamente 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.
- È 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 ineqùità 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 ineqùità 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.

È 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 sa-

lute 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'inequale 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 le 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 dallo 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 perché 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 poichè 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'enfaticizzazione 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 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 sostan-

ze (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 associazioni 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 cro-

nico 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 pro-

fessionali 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; Wust 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 Frankenhauser 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 don-

na, 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 anti-morbilloso, 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 alla 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 tendendo 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
- Cadoret 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 EPIDEMIOL* 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 Pre
- 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, Ehler U, Hellhammer DH The potential role of hypocortisolism in the pathophysiology of stress-related bodily disorders. *Psychoneuroendocrinology* 25, 1–35. 2000.

Heinrichs, M., Meinlschmidt, 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 in-

- fant morbidity and mortality. *J Pediatr* 1996;128:489-96.
- Hunt K, Sweeting H, Keoghan 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, Wu'ist 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.*
- 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, Galletta, 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 epidemiological perspective. *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.
- McDonougha 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, Ōunpuu 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., Caggiola, A., 1990. Influences of the normal menstrual cycle on physiologic functions during
- 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 *Environ 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 Obstet Gynaecology* 2005, 15, 157–165
- Welch RM, Harrison YE, Conney AH et al Cigarette smoking: stimulatory effect on metabolism of 3,4-benzopyrene 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
- Zahn 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 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 Consulitori familiari, di dare vita a consolidati e nuovi interventi.

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

Servizio sanitario di elezione per la salute sessuale e riproduttiva è il consultorio familiare. I Consulitori 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 è 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 Consultori, 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 Consultori, 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) Consultori familiari
- 2) Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) e contraccezione
- 3) Fertilità e Malattie trasmesse per via sessuale (MST)

2. Dati esistenti

Consultori 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 consultori 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 consultori 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

È 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 estrogeni

La diffusione degli estrogeni 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)

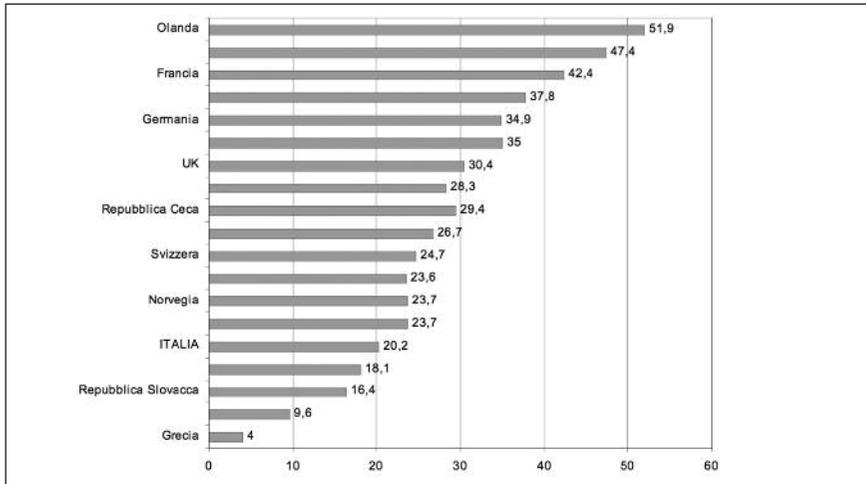
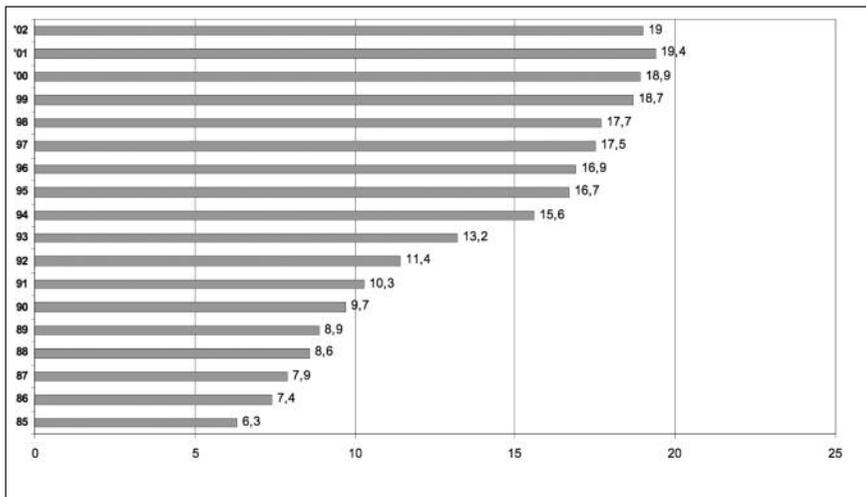
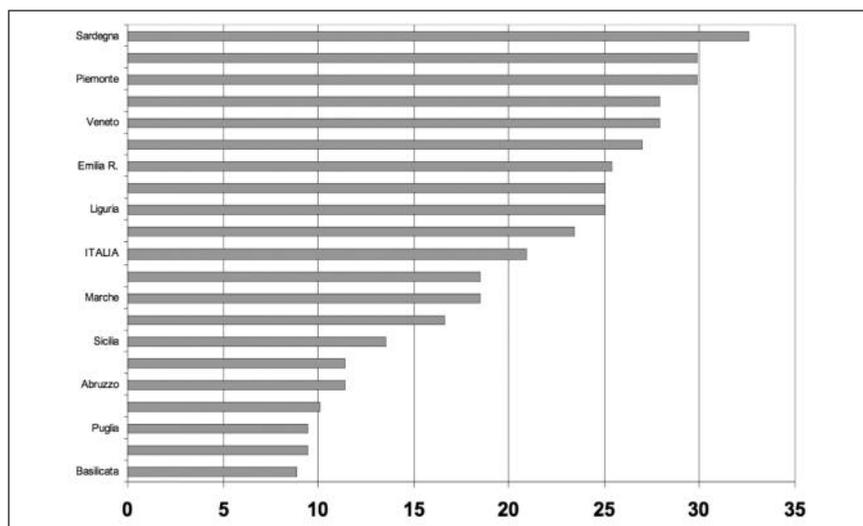


Figura 2: Percentuale d'impiego della contraccezione ormonale negli anni 1985-2002 in Italia (calcolata come rapporto fra numero di confezioni vendute, standardizzato per un anno di consumo, e numero complessivo di donne in età fertile di età convenzionale 15-44 anni)



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 fecondazione.

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 pa-

zienti 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 chlamidia. 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 obiettivi.

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 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 materno-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 materno-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 allattino. 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.

È 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, intesendo 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 Consulteri 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.

È 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.

È stato così possibile definire alcuni contenuti che sono stati introdotti dai docenti nei propri insegnamenti curricolari.

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.

Verso gli utenti stranieri

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, assicurazione;
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.

Verso gli operatori della strutture sanitarie

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 emergenti 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 Contraccezione (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 Contraccezione 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 "Contraccezione Sessualità Salute Riproduttiva", arriva a più di 10.000 medici di Medicina generale, agli Ospedalieri e ai consultoriali iscritti ad AOGOI 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 "Contraccezione Sessualità Salute Riproduttiva" ha scelto di lavorare su monografie su grandi temi, che sono spesso affrontati da tutti questi medici: la Contraccezione ormonale, l'Aborto volontario del 1° trimestre e la Contraccezione 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 (Ostetrica 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

È 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. È 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 convenzio-

ni 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 instaurò 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 pre-

viste 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) Garantire l'apertura almeno uno per Distretto di Spazi di Accoglienza anti-violenza, 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 sociosanitari 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 mam-

ma 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 sociosanitario), 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 sod-

disfatta 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 sottoccupate. 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 connatale 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-soddisfaticimento 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 attuato, 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 spedalizzato), 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'assisten-

za 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 mi-

gliorando 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.

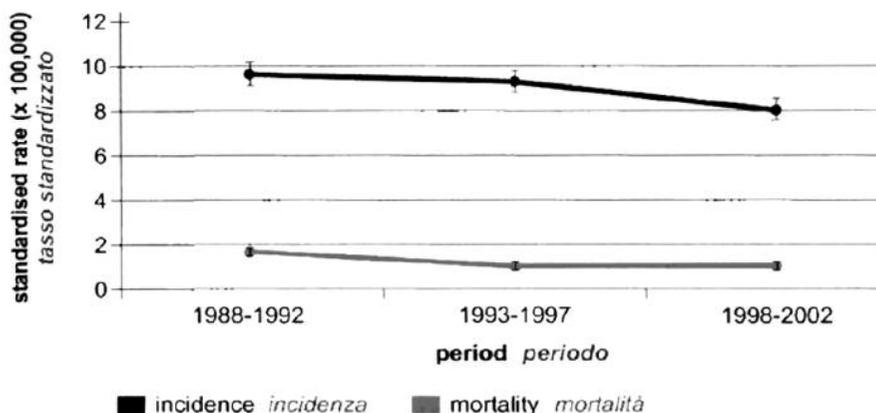
Controlli in gravidanza

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.

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



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 \leq 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.

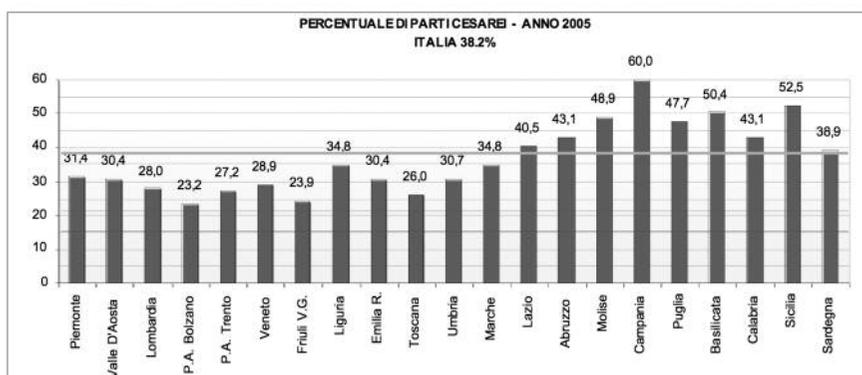
Va osservato che esso è assai variabile da regione a regione, e da struttura a struttura nella stessa Regione, e che ad alimentare il fenomeno sono soprattutto le regioni meridionali, che pur presentano ancora alta mortalità e morbilità perinatale.

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%)



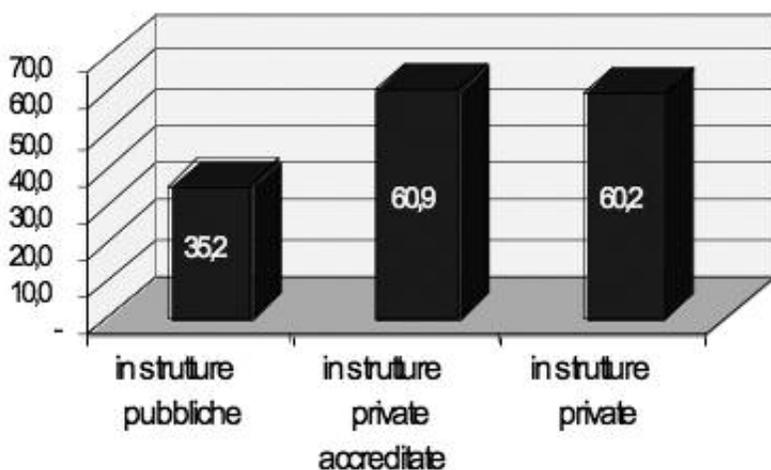
	ANNO 2001		ANNO 2003		ANNO 2005	
	N parti cesarei	% parti cesarei	N parti cesarei	% parti cesarei	N parti cesarei	% parti cesarei
Piemonte	9.640	28,67	10.430	29,77	11.226	31,42
Valle D'Aosta	250	22,98	305	27,21	336	30,41
Lombardia	21.619	25,09	23.869	26,61	25.942	28,04
P.A. Bolzano	717	14,12	1.027	19,58	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 private accreditate per regione

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



Percentuale di parti cesarei secondo la tipologia e la dimensione dei punti nascita (Fonte CeDAP 2005)

CLASSE PARTI	Pubblica	% Parti con taglio Cesareo		Totale
		Privata accreditata	Privata non accreditata	
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	Totale parti	Cittadinanza		% Non indicato/errato
		<i>Italiana</i>	<i>Straniera</i>	
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			totale
	pubblico	<i>accreditata</i>	<i>non accreditata</i>	
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	2,9		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.

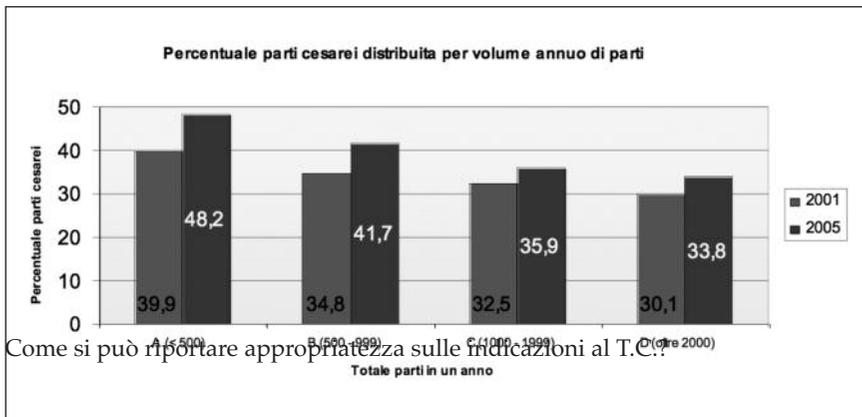
E' chiaro che appare riduttivo individuare solo in modificazioni di fattori medici la strategia per contenere il tasso dei T.C. E' evidente cioè che, al fine di raggiungere l'obiettivo della riduzione graduale dell'incidenza dei T.C., l'applicazione delle linee-guida va collocata nell'ambito di un processo 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 ri-

duzione 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	



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 disposi-

zione 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).

È 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	Dimissioni	Dimissioni 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	65,2	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

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 condivisibilità 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 insorgono 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 re-

gionali (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 programmatori 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 so-

stegno 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-neonologiche) 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-neonatologica 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 Ig

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 acquisi-

re 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 nonchè 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 / 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 e 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 straniere 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 fem-

minile 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 at-

- teggiamento 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 Obbligatoriosi 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, bruciature, 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

- scono 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'Associazione 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 inter-

vento 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 an-

no 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 isotipo, 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 N. 104.387*	1998-2002 N. 178262*	1988-1992 N. 89.101*	1998-2002 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%)

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 è ancora molto difficile stimare la proporzione di tumori direttamente attribuibile ad essi. Le cause più 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 è rappresentato dall'assunzione di alcool. 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 è più debole che, nelle donne, l'alcohol possa rappresentare anche una causa 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 è convincente. L'evidenza è molto più limitata per l'associazione tra consumo di carne rossa tumori dell'esofago, del polmone del pancreas e dell'endometrio (utero). La carne rossa è anche un indicatore di consumo di grassi saturi. L'evidenza di associazione tra consumo di grassi saturi e tumori è 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, cioè 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 metà il rischio di tumore all'ovaio se assunta per una durata di 5 o più anni, c'è 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 è associato con l'aumento di rischio per molti tumori. Nella donna, in particolare, esso è associato con tumori all'endometrio, alla cistifellea, 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 è 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). È 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). Secondo 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 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 rettosigmoidoscopia

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 colorettaali 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 colorettaale 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:

1a 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 informa-

zioni.

2ª 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,	A.I.D.D.A. - Associazione imprenditrici e donne dirigenti d'azienda
Presidente,	Laura Frati Gucci
Indirizzo	Via degli Scialoja, 1800196 Roma
Tel e Fax	Tel. 06 3230578 - Fax 06 3230562
Indirizzo e-mail	aidda@aidda.org
Centro di appartenenza,	A.I.D.M. Associazione Italiana Donne Medico
Presidente,	Ornella Cappelli

Indirizzo	Via Padre Lino Maupas, 12 43100 PARMA
Tel e Fax	+39 06.87 191274 - Cell.+393382907050
Indirizzo e-mail	esapass@tiscali.it

Associazioni e tematiche socio-culturali

Centro di appartenenza,	AIDOS Associazione Italiana donne per lo sviluppo
Presidente,	Daniela Colombo
Indirizzo	Via dei Giubbonari 30 00186 Roma
Tel e Fax	Tel 39066873214 - Fax 9066872549
Indirizzo e-mail	aidos@aidos.it
sito web	

Centro di appartenenza,	AIED Associazione italiana per l'educazione demografica
Presidente,	Luigi Laratta
Indirizzo	Ogni sede ha il proprio
Tel e Fax	Ogni sede ha il proprio
Indirizzo e-mail	info@aied.it
sito web	

Centro di appartenenza	ARCIDONNA
Presidente,	Valeria Ajovalasit
Indirizzo	Via Alessio di Giovanni 14 - 90144 Palermo
Tel e Fax	Tel.091.345799 - 091 344403 - Fax 091.301650
Indirizzo e-mail	arcidonna@arcidonna.it
sito web	www.arcidonna.org

Centro di appartenenza	Donne & Futuro o.n.l.u.s Libera Associazione per le Donne d'oggi
Presidente	Anna Maria Zucca
Indirizzo	Via Barbaroux n. 31 (angolo Via Stampatori) - 10121 TORINO
Tel e Fax	011 51 87 438
Indirizzo e-mail	donne@tin.it
sito web	www.donnefuturo.com

Centro di appartenenza	FIDAPA Federazione Italiana Donne Arti Professioni e Affari
Presidente	Giuseppina Bombaci
Indirizzo	Via Piemonte, 32 - 00187 Roma
Tel e Fax	06-4817459 - Fax 06-4817385
Indirizzo e-mail	fidapa@tin.it
sito web	www.fidapa.it

Centro di appartenenza	UDI - Unione Donne in Italia
Presidente	Pina Nizzu
Indirizzo	Via dell'Arco di Parma, 15 - 00186 Roma
Tel e Fax	Tel. 06.6865884
Indirizzo e-mail	udinazionale@gmail.com
sito web	www.udinazionale.org

Associazioni e tematiche relative a problemi socio-sanitari

Centro di appartenenza	A.B.A - Associazione per lo studio e la ricerca sull'anoressia, la bulimia, l'obesità e i disordini alimentari
Presidente	Fabiola Jean Edith De Clercq
Indirizzo	Via Solferino, 14 - 20121 Milano
Tel e Fax	02 29000226 - Fax 02 29006988
Indirizzo e-mail	fabiola@bulimianoressia.it
sito web	www.bulimianoressia.it

Centro di appartenenza	AIDAP - Associazione italiana disturbi dell'alimentazione e del peso
Presidente	Riccardo Dalle Grave
Indirizzo	Via Sansovino, 16 - 37138 Verona
Tel e Fax	Tel. 045-8103915 - Fax 045-8102884
Indirizzo e-mail	aidavr@tin.it
sito web	www.positivepress.net

Centro di appartenenza	AIE - Associazione Italiana Endometriosi
Presidente	Jacqueline Veit
Indirizzo	Via Monte Grappa 2 20014 Nerviano Milano
Tel e Fax	Tel. 0331 589800 - Fax 0331 589800
Indirizzo e-mail	info@endoassoc.it

sito web	www.endoassoc.it
Centro di appartenenza	AIE - Associazione italiana endometriosi
Presidente	Giulio Signorile
Indirizzo	Via Emilio Longoni n.81, 00155 Roma
Tel e Fax	Tel. 06 36306066 - 06 22789572 - Cell. 3385064662
Indirizzo e-mail	aie@endometriosi.it
sito web	www.endometriosi.it
Centro di appartenenza	A.N.D.O.S. Associazione Nazionale Donne Operate al Seno
Presidente	Francesco Maria Fazio
Indirizzo	Sede legale: Via San Marco, 26 – 20121 Milano Sede operativa: Via Lanzone, 47 – 20123 Milano
Tel e Fax	Tel/fax: 0280506552
Indirizzo e-mail	f.fazio@andosonlusnazionale.it info@andosonlusnazionale.it
sito web	www.andosonlusnazionale.it
Centro di appartenenza	ARTEMISIA
Presidente	Nicoletta Livi Bacci
Indirizzo	Via Mezzetta, 1/int; 50135 Firenze
Tel e Fax	violenza in età adulta tel. 055 602311 violenza in età minore tel. 055 601375
Indirizzo e-mail	violenza in età adulta cfranci@fol.it violenza in età minore artemisia@fol.it
sito web	www.artemisiacentroantiviolenza.it/
Centro di appartenenza	EUROPA DONNA
Presidente	Anna Segatti
Indirizzo	Via San Paolo, 15 20121 Milano
Tel e Fax	Tel 0272095416 - 02 72095490 - Fax 02 804491
Indirizzo e-mail	info@europadonna-italia.eu
sito web	www.europadonna-italia.it
Centro di appartenenza	FEDIOS - Federazione Italiana Osteoporosi e Malattie dello Scheletro
Presidente	Patrizia Ercoli
Indirizzo	Viale della Vittoria, 43 - 60123 Ancona
Tel e Fax	Tel 071 31279 - Fax 071 3589110
Indirizzo e-mail	info@fedios.it
sito web	www.fedios.it
Centro di appartenenza	FINCO - Federazione Italiana Incontinenti
Presidente	Francesco Diomede
Indirizzo	Viale orazio flacco,24 – 70124 bari
Tel e Fax	Tel. 080.5093389 - Fax 080.5619181
Indirizzo e-mail	finco@finco.org
sito web	www.finco.org –www.giornataincontinenza.com
Centro di appartenenza	O.N.Da - Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna
Presidente	Francesca Merzagora
Indirizzo	Via Fatebenefratelli, 17 20121 Milano
Tel e Fax	Tel. 02 29015286 - Fax 02 29004729
Indirizzo e-mail	info@ondaosservatorio.it
sito web	www.ondaosservatorio.it
Centro di appartenenza	S.I.d.R. - Società Italiana della Riproduzione
Presidente	Luca Gianaroli
Indirizzo	Via G. Celoria, 10 20133 Milano
Tel e Fax	Tel. 02.50317989 - Fax 02.50317980
Indirizzo e-mail	antonio.lauria@unimi.it
sito web	www.sidr.it
Centro di appartenenza	SIGO - Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia
Presidente	Gorgio Vittori
Indirizzo	Via Soldati, 25 Roma
Tel e Fax	Tel 06 6875119 - Fax 06 6868142
Indirizzo e-mail	federazione@sigo.it
sito web	www.sigo.it
Centro di appartenenza	TELEFONO ROSA
Presidente	Maria Gabriella Carnieri Moscatelli
Indirizzo	Viale Mazzini, 73 - 00195 Roma
Tel e Fax	Tel. 0637518261-2 - Fax 06 37518289
Indirizzo e-mail	telefonorosa@alice.it
sito web	www.telefonorosa.it

Centro di appartenenza	VITA DI DONNA
Presidente	Elisabetta Canitano
Indirizzo	Via della Lungara, 19 – Roma (c/o Casa Internazionale delle donne)
Tel e Fax	Tel. 333 9856046
Indirizzo e-mail	mail differente per servizio offerto
sito web	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.

1	Centro di appartenenza	Ass. Donne e giustizia
	Indirizzo	Ancona - Via Astagno, 23
	tel e fax	tel. 071 205376
	indirizzo e-mail	donne.giustizia@libero.it
2	Centro di appartenenza	Casa rifugio Zefiro
	Indirizzo	Ancona - Piazza Stamina, 13
	tel e fax	tel. 071 2075383
	indirizzo e-mail	casarifugio@lagemma.org
3	Centro di appartenenza	Centro antiviolenza Giulia e Rossella Barletta
	Indirizzo	P.zza A. Moro 16
	tel e fax	tel.0883 310293 Fax 0883 313554
	indirizzo e-mail	centroantiviolenza@libero.it
4	Centro di appartenenza	Telefono Donna
	Indirizzo	Belluno - Via Del Consiglio n°8
	tel e fax	tel.0437 981577 Fax 0437 981577
	indirizzo e-mail	bellunodonna@libero.it
5	Centro di appartenenza	Aiuto Donna Uscire dalla violenza
	Indirizzo	Bergamo - Via San Lazzaro, 3
	tel e fax	tel.035 212933 - fax 035 4131651
	indirizzo e-mail	info@aiutodonna.it
	sito web	http://www.aiutodonna.it
6	Centro di appartenenza	Casa delle donne per non subire
	Indirizzo	Bologna - Via Dell'Oro, 3
	tel e fax	tel. 051 333173 - fax 051 3399498
	indirizzo e-mail	casadonne@women.it
7	Centro di appartenenza	Casa Rifugio
	Indirizzo	Bolzano - Via del Ronco, 17
	tel e fax	tel. 0471 513399
	indirizzo e-mail	Frau_gea@virgilio.it
8	Centro di appartenenza	Centro Antiviolenza Thamaia
	Indirizzo	Catania - Via Macherione, 14
	tel e fax	tel. e fax 095 7223990
	indirizzo e-mail	thamaia@tiscali.it
9	Centro di appartenenza	Centro Antiviolenza Thamaia
	Indirizzo	Catania - Via Macherione, 14
	tel e fax	tel. e fax 095 7223990
	indirizzo e-mail	thamaia@tiscali.it
9	Centro di appartenenza	Associazione Telefono Donna
	Indirizzo	Como - Via Zezio, 60
	tel e fax	tel. 031 304585
	indirizzo e-mail	segreteria@telefonodonnacomo.it
10	Centro di appartenenza	Telefono Rosa Centro contro la violenza "R. Lanzino"
	Indirizzo	Cosenza - Via Caloprese, 56
	tel e fax	tel. 0984 36311
	indirizzo e-mail	contro33@centrolanzino191.it
11	Centro di appartenenza	Associazione Donne Contro la Violenza
	Indirizzo	Crema - Via XX Settembre, 115
	tel e fax	tel.037 380999
	indirizzo e-mail	assocdonne@libero.it
12	Centro di appartenenza	Sos donna

	Indirizzo tel e fax indirizzo e-mail	Faenza - Via Laderchi, 3 tel. 054 622060 info@sosdonna.com
13	Centro di appartenenza Indirizzo tel e fax indirizzo e-mail	Centro donne e giustizia Ferrara - Via Terranova, 12/B tel.0532 247440 donnegiustizia@libero.it
14	Centro di appartenenza Indirizzo tel e fax indirizzo e-mail	Associazione Artemisia Firenze - Via del Mezzette, 1 tel. 055 602311 cfranci@fol.it
15	Centro di appartenenza Indirizzo tel e fax indirizzo e-mail	Centro Donna Forlì - Via Tina Gori, 58 tel. 0543 712660 CroBar@comune.forli.fo.it
16	Centro di appartenenza Indirizzo tel e fax indirizzo e-mail	UDI – Centro di Accoglienza per non subire violenza Genova - Via Cairoli, 14/7 tel.010 2461715-6 udige@libero.it
17	Centro di appartenenza Indirizzo tel e fax indirizzo e-mail	Centro Accoglienza Donne Maltrattate Associazione Olympia De Gouges Grosseto - Via Trieste, 5 tel. 0564.413884 - cell.3480992098 c.antiviolenza@provincia.grosseto.it
18	Centro di appartenenza Indirizzo tel e fax indirizzo e-mail	La Cicoria Imola - Via Venturini, 4 tel. 0542 604608 alisav@libero.it
19	Centro di appartenenza Indirizzo tel e fax indirizzo e-mail	Codice e telefono Donne La Spezia - Via Corridoni, 5 tel.0187 703338 udi.laspezia@email.it
20	Centro di appartenenza Indirizzo tel e fax indirizzo e-mail	Centro Donna Lilith Latina - Via M. d'Azeglio, 9 tel. 0773 664165 c.donnalilith@tele2.it
21	Centro di appartenenza Indirizzo tel e fax indirizzo e-mail	Demetra Donne in Aiuto Lugo (Ra) - Corso Garibaldi, 116 tel. 0545 27168 donna@demetra-lugo.it
22	Centro di appartenenza Indirizzo tel e fax indirizzo e-mail	Centro anti violenza Merano - Corso Libertà, 184/A tel. 0473 222335 perledonne@hotmail.net
23	Centro di appartenenza Indirizzo tel e fax indirizzo e-mail	Altra metà del cielo Telefono Donna Merate (LC) - Via S. Ambrogio 17 tel. 039 9900678 altrametadelcielo@yahoo.it
24	Centro di appartenenza Indirizzo tel e fax indirizzo e-mail	CEDAV Centro Donne Antiviolenza Messina - Via Cesareo, 24 tel. 090 6783035 cedav@virgilio.it
25	Centro di appartenenza Indirizzo tel e fax indirizzo e-mail	Cerchi d'acqua Milano - Via Piacenza, 8 tel. 02 54107608 info@cerchidaqua.it
26	Centro di appartenenza Indirizzo tel e fax indirizzo e-mail	Casa delle donne maltrattate Milano - Via Piacenza 14 tel. 02 55015519 - fax 02 5501960 cadm@galactica.it
27	Centro di appartenenza Indirizzo tel e fax	Centro anti violenza Modena - Via del Gambero, 77 tel. 059 361050

	indirizzo e-mail	mostmodena@virgilio.it
28	Centro di appartenenza	Centro antiviolenza "Libere Tutte"
	Indirizzo	Montecatini Terme- Pt - Via Marconi 5
	tel e fax	tel.-Fax 0572910311 - Cell. 3406850751
	indirizzo e-mail	casadonna@virgilio.it
	sito web	info@liberetutte.com
29	Centro di appartenenza	Associazione C.A.DO.M. (Centro Aiuto Donne Maltrattate)
	Indirizzo	Monza - Via Mentana 43
	tel e fax	tel.039 2840006
	indirizzo e-mail	cadom_monza@tin.it
30	Centro di appartenenza	Centro antiviolenza Napoli
	Indirizzo	Via Posillipo, 359
	tel e fax	tel. 081 5755015
	indirizzo e-mail	pappaclara@interfree.it
31	Centro di appartenenza	Centro Veneto Progetti Donna – AUSER
	Indirizzo	Padova - Via Tripoli, 3
	tel e fax	tel. 049.8721277
	indirizzo e-mail	centro.donna@libero.it
32	Centro di appartenenza	Le Onde
	Indirizzo	Palermo - Via XX Settembre,57
	tel e fax	tel.091 327973
	indirizzo e-mail	leonde@tin.it
33	Centro di appartenenza	Centro Antiviolenza
	Indirizzo	Parma - Vicolo Grossardi, 8
	tel e fax	tel. 0521 238885
	indirizzo e-mail	acavpr@libero.it
34	Centro di appartenenza	Associazione Donne contro la violenza
	Indirizzo	Pavia - Corso Garibaldi, 37/B
	tel e fax	tel. 0382 32136
	indirizzo e-mail	associazionedonnepv@libero.it
35	Centro di appartenenza	Telefono Rosa
	Indirizzo	Piacenza
	tel e fax	tel.: 0523 593333
	indirizzo e-mail	telefonorosapiacenza@libero.it
36	Centro di appartenenza	Ass. Donne Insieme contro la violenza
	Indirizzo	Pieve Emanuele (Mi) -- Via dei Pini, 2/H
	tel e fax	tel: 02 90420110
	indirizzo e-mail	info@donneinsieme.org
37	Centro di appartenenza	Ass. Telefono Donna
	Indirizzo	Pisa - Via Galli Tassi, 8
	tel e fax	tel.: 050 561628 - fax: 050 550627
	indirizzo e-mail	teldonna@tiscali.it
38	Centro di appartenenza	Centro donna La Nara
	Indirizzo	Prato - Via Verdi, 19
	tel e fax	tel.: 0574 34472
	indirizzo e-mail	lanara@alicecoop.it
39	Centro di appartenenza	Linea Rosa
	Indirizzo	Ravenna - Via Mazzini, 57/A
	tel e fax	tel. e fax: 0544 216316
	indirizzo e-mail	linearosa@racine.ra.it
40	Centro di appartenenza	Associazione Nondasola
	Indirizzo	Reggio Emilia - Via Melegari, 2/A
	tel e fax	tel.:0522921380
	indirizzo e-mail	info@nondasola.it
41	Centro di appartenenza	Centro Donna L.I.S.A.
	Indirizzo	Roma - Via Rosina Anselmi, 41
	tel e fax	tel.: 06 87141661
	indirizzo e-mail	info@centrodonnalisa.it
42	Centro di appartenenza	Differenza Donna
	Indirizzo	Roma - Via Tre Cannelle, 15
	tel e fax	tel.: 06 6780537
	indirizzo e-mail	d.donna@fashnet.it

43	Centro di appartenenza Indirizzo tel e fax indirizzo e-mail	Associazione Da Donna a Donna Ronchi dei Legionari (Go) - Via Roma, 13 tel.:0481 474700 dadonnaadonna@spin.it
44	Centro di appartenenza Indirizzo tel e fax indirizzo e-mail	Associazione Le Nereidi Siracusa - Via A. Platani, 12 tel.: 0931 492752 raffaella.lanereide@libero.it
45	Centro di appartenenza Indirizzo tel e fax indirizzo e-mail sito web	Telefono Donna La Nereide Siracusa - Via F. Crispi, 88 tel.: 0931 61000 lanereide.sr@virgilio.it http://xoomer.alice.it/lanereide-telefonodonna/
46	Centro di appartenenza Indirizzo tel e fax indirizzo e-mail	Casa delle donne Sulmona - Via Angeloni, 11 tel.: 0864 212044 coophs@virgilio.it
47	Centro di appartenenza Indirizzo tel e fax	Centro Antiviolenza Ascolto Donna Taranto - Via Lazio, 45 tel.:099 7786959
48	Centro di appartenenza Indirizzo tel e fax indirizzo e-mail	Centro essere donna Terracina - Via Traiano, 17/8 tel.: 0773 700961 centroesseredonna@libero.it
49	Centro di appartenenza Indirizzo tel e fax indirizzo e-mail	Associazione Volontarie del Telefono Rosa Torino - Via Assietta 13/a tel.: 011.530666 - 5628314 - fax: 011.549184 telefonorosa@mandragola.com
50	Centro di appartenenza Indirizzo tel e fax indirizzo e-mail	Centro Antiviolenza Trento - Via Dogana, 1 tel.: 0461 220048 centroantiviolenzatn@tin.it
51	Centro di appartenenza Indirizzo tel e fax indirizzo e-mail	Centro Antiviolenza GOAP Trieste - Via S. Silvestro, 3-5 tel.: 040 3478827 info@goap.it
52	Centro di appartenenza Indirizzo tel e fax indirizzo e-mail	lotunoivoi donne insieme Udine - Via della Roggia, 91 tel.: 0432 235163 pronta accoglienza tel.: 0432 421011 ass.idi@infinito.it
53	Centro di appartenenza Indirizzo tel e fax indirizzo e-mail	EOS Varese - Via Staurenghi, 24 tel.:0332 231271 - fax 0332 496511 eosvarese@virgilio.it
54	Centro di appartenenza Indirizzo tel e fax indirizzo e-mail	Centro di Ascolto "L'una per l'altra" Viareggio - Via M. Polo, 6 tel.: 0584 52645 - n. verde 800614822 casadelledonneviareggio@katamail.com
55	Centro di appartenenza Indirizzo tel e fax indirizzo e-mail	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 Intersectoriale"
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. È 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 al-

l'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 Cialesi, 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. È 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 prerequisito 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 completa-

to. 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 <i>Banca dati ISTAT Health for All Italia: http://www.istat.it/sanita/Health/</i>	
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	Formula	
1) Indice di invecchiamento 2) Altri indicatori di struttura	$\frac{P_{65+}^f}{P_{0-14}^f} * 100$	
Potenzialità e limiti	<p>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.</p>	

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. Particolarmente grave è la perdita informativa sulla nati-mortalità, le nascite affette da malformazioni e sulla mortalità infantile. 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)	$\sum_{x,TS} \frac{N_x}{P_x} * 100$
2) % parti cesarei	$\frac{P_{cesarej}}{TotP} * 100$
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 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_p4.pdf
<http://demo.istat.it>

Note e commenti 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.

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.

Sugli aspetti sanitari viene meno tutta l'informazione legata al parto e sulla relativa distribuzione territoriale, su quel poco di storia riproduttiva progressiva che si riusciva a rilevare dai CEDAP, sugli esiti positivi e negativi delle gravidanze. Particolarmente grave è la perdita informativa sulla nati-mortalità, le nascite affette da malformazioni e sulla mortalità infantile. Nello specifico sui nati morti è possibile conoscere solo l'ammontare desumibile dalla rilevazione riepilogativa

Tematiche di rilievo

1) Livello di fecondità

Indicatori principali	Formula
Tasso di fecondità totale (TFT)	$\sum_{x \geq 15} \frac{N_x}{P_x} * 100$
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	Banca dati ISTAT Health for All Italia: 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		
<p>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/</p>		
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	Formula	
Da selezionare in base alla struttura dell'indice del rapporto		
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). 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:</i> vedi Bibliografia <i>Banca dati ISTAT:</i> Health for All – Italia 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>J AIDS</i> 2002; 29(1): 105-107</p>	
Link	<p><i>Modello di rilevazione</i></p> <p>http://www.istat.it/strumenti/rispondenti/indagini/demosanitarie/</p> <p><i>Pubblicazioni ISTAT: vedi Bibliografia</i></p> <p><i>Banca dati ISTAT: Health for All – Italia</i> 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		
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.).		
Indicatori principali Da selezionare in base alla struttura dell'indice del rapporto	Formula	
Potenzialità e limiti		
<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>Cause multiple di morte</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., Forella 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_pubblicazioni_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	Formula
1) Tasso standardizzato di abortività volontaria	$\frac{IVG_{15-49}}{P_{15-49}^f} * 100$
2) Tasso di abortività volontaria per cittadinanza (italiana e straniera)	$\frac{IVG_{18-49}}{P_{18-49}^f} * 100$

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	$\frac{AS_{5-49}}{Nvivi_{5-49}} * 100$
2) Rapporto di abortività spontanea per classi di età quinquennali	$\frac{AS_{x,x+5}}{Nvivi_{x,x+5}} * 100$

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	Banca dati ISTAT Health for All Italia: 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), <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/ 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 immigratoria sufficientemente realistica.	
Tematiche di rilievo		
1) Andamento temporale del numero dei cittadini stranieri residenti 2) Composizione per aree di cittadinanza		
Indicatori principali	Formula	
1) Numero assoluto dei cittadini stranieri residenti per genere 2) % cittadini stranieri residenti per alcune aree di provenienza (Paesi a forte pressione migratoria)	$\frac{CITT_{stra}^{area}}{CITT_{stra}} * 100$	
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 1992-2006	Periodicità Annuale	Dettaglio territoriale minimo 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 <i>Banca dati ISTAT Health for All Italia:</i> 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

Infortuni 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://banca dati.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		
Infortuni sul lavoro e malattie professionali per genere		
Indicatori principali		
<ol style="list-style-type: none"> 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 online 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.C. 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 $\frac{\text{Dimissioni}_{\text{ordinario}}^f}{P^f} * 1.00\%$ $\frac{\text{Dimissioni}_{\text{dh}}^f}{P^f} * 1.00\%$	
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	
Publicazioni	<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>Publicazioni 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	<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 	Formula
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

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.

L'analisi dei dati potrà fornire anche l'indicazione relativa alla tipologia della struttura erogatrice (pubblica o privata convenzionata).

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.

I limiti sono rappresentati dal grado di completezza; si tratta infatti di una rilevazione che vede attualmente coinvolte solo 14 Regioni

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 2007-	Annuale Annuale	ASL ASL
Principali variabili di classificazione	Età della donna, Comune di residenza, cittadinanza, stato civile, titolo di studio	

Pubblicazioni

- 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)
- 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
- 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
- Gallo T, et al. "La vaccinazione antirosolia in Italia: i risultati dello studio Passi". Bollettino Epidemiologico Nazionale - Not Ist Super Sanità 2006; 19 (4)
- 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)
- 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)
- 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 :

- Prevalenza di donne che hanno eseguito una mammografia/pap-test (nella vita o negli ultimi anni come raccomandato)
- % di donne che hanno ricevuto un consiglio da un operatore sanitario di effettuare uno screening
- % di donne che hanno ricevuto un invito dalla ASL ad effettuare uno screening
- Principale motivazione per eseguire il test di screening

Vaccinazione Antirosolia:

- % di donne vaccinate per la rosolia
- % di donne immuni alla rosolia

Abitudine al Fumo:

<ol style="list-style-type: none"> 1. % di donne fumatrici 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

<p>Potenzialità e limiti</p> <p><u>Potenzialità:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p><u>Limiti:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 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/healthataglancel
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	<p>WHO Statistical Information System (WHOSIS) Statistiche Nazionali basate su 50 indicatori sulla mortalità, morbilità, fattori di rischio, copertura dei servizi e sistemi sanitari</p> <p>WHO Global InfoBase Online Dati su malattie croniche e i loro fattori di rischio per tutti gli Stati Membri dell'OMS</p> <p>Global Health Atlas Dati standardizzati e statistiche per le malattie infettive a livello nazionale, regionale e locale</p> <p>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</p>
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 ainstreaming 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, comorbilità.		
Publicazioni	<p>Autori: Mazzaglia G, Mantovani LG, Sturkenboom MC, Filippi A, Triforo 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, Niccolai 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	Formula	
<p>1) Tasso standardizzato di visite causa-specifica (farmaci, accertamenti, visite specialistiche) dei MMG per IMA, diabete, osteoartrosi, depressione maggiore, Iperensione per genere; 2) Tasso di standardizzato sul consumo dei farmaci cardiovascolari per IMA, diabete, Iperensione per genere</p> <p>Tasso specifico per età per le stesse specifiche precedenti</p>	$TSD = (\sum Ti N_i / \sum Ni) * K$ <p>dove TSD = tasso standardizzato diretto; Ti = tasso età specifico; Ni = numerosità in ciascuna classe i-esima d'età; Σ = sommatoria per classi d'età; K = solitamente 100.000</p> $Ti = (N_i / popolazione_i) * 100000$	
Potenzialità e limiti		
<p>Per gli studi epidemiologici vengono selezionati dal network i MMG che registrano meglio i dati dei pazienti, secondo i seguenti criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Health Search database presenta dei limiti che sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 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
Principali variabili di classificazione	età, genere
Anni disponibili	1998-2002 studio trasversale 1998-1999;2003 registro 1983-2002 studio longitudinale
Dati disponibili	<p>Il Progetto Cuore è composto da tre linee:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 distocati 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 multiscope 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 Comorbilità 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 programmatiche, 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 del-

la 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 iniquità di genere sono automaticamente inserite all'interno del capitolo più generale delle iniquità 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 - ISPESEL, 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’Agenzia 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 AOGOI
 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.

INDICE PRIMA PARTE**Le azioni di governo11****1. La promozione della salute delle donne: una sfida moderna11**

- 1.1 Il Piano d'azioni nazionale
- 1.2 L'Audizione alla Camera dei Deputati
- 1.3 La Commissione "Salute delle Donne"

2. La nascita: tra naturalità e sicurezza12

- 2.1 Il disegno di legge sui diritti della partoriente e del nato
- 2.2 Le Linee nazionali di indirizzo sull'allattamento al seno
- 2.3 Il Progetto Acido folico in gravidanza
- 2.4 La campagna nazionale "Genitori +"
- 2.5 Il Progetto Consultori
- 2.6 I Livelli Essenziali di Assistenza
- 2.7 Le risorse aggiuntive

3. Scegliere di essere madri15

- 3.1 L'applicazione della legge 40/2004
- 3.2 L'applicazione della legge 194/1978
- 3.3 L'Atto di indirizzo alle Regioni per la piena applicazione della legge 194/1978
- 3.4 Il Progetto IVG donne immigrate

4. Immigrate: donne in Italia16

- 4.1 I progetti per la salute materno infantile
- 4.2 Le Linee guida sulle mutilazioni genitali femminili

5. Obiettivo Prevenzione: la lotta ai tumori19

- 5.1 Il vaccino contro l'HPV
- 5.2 Gli screening oncologici
- 5.3 Il Progetto Tevere per la prevenzione dei tumori al seno

6. La violenza contro le donne: una priorità di sanità pubblica20

- 6.1 Il Progetto contro la violenza alle donne

7. Endometriosi, patologia sociale.....21

- 7.1 Il Progetto Endometriosi

8. L'approccio di genere alla salute: innovazione necessaria22

- 8.1 I corsi di formazione in medicina di genere
- 8.2 La ricerca finalizzata

9. La salute non ha confini: strategia della Diplomazia della Salute23

- 9.1 Il Mediterraneo e il Medio Oriente
- 9.2 La Conferenza dei Ministri della Salute dell'Unione Europea

INDICE SECONDA PARTE**I documenti fondamentali****La promozione della salute delle donne: una sfida moderna32**

Il Piano di azioni per la promozione e la tutela della salute delle donne e dei bambini ..32

8 marzo 2007

Audizione del Ministro della Salute Livia Turco alla XII Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati.....	73
<i>27 giugno 2007</i>	
Intervento introduttivo per l'insediamento della Commissione "Salute delle Donne" ..	82

La nascita tra naturalità e sicurezza

Disegno di legge "Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato"	91
<i>14 luglio 2006</i>	
Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno.....	97
<i>G.U. 7 febbraio 2008</i>	
Progetto per la Prevenzione primaria di difetti congeniti mediante acido folico	101
<i>28 febbraio 2007</i>	
Accordo di collaborazione per la campagna di comunicazione "Genitori +"	115
Progetto consultori: "Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità dei modelli operativi"	120

Scegliere di essere madri

Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (Legge 40/2004) - anno 2006 Audizione in Commissione Affari sociali della Camera sullo stato di applicazione della legge 40/2004.....	130
<i>17 ottobre 2007</i>	
Relazione sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78)	136
<i>4 ottobre 2007</i>	
Schema Atto di indirizzo su: "Indicazioni al fine di una migliore applicazione della legge 194/78, di una migliore tutela della salute sessuale e riproduttiva e sulla appropriatezza-qualità nel percorso della diagnosi prenatale"	137
Piano nazionale per la prevenzione IVG donne straniere	153
<i>26 febbraio 2008</i>	

Immigrate: donne in Italia

Linee guida per attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine sottoposte a pratiche di mutilazione genitale femminile	170
<i>29 maggio 2007</i>	

Obiettivo Prevenzione: la lotta ai tumori

Accordo Stato - Regioni per l'offerta attiva	201
del vaccino contro l'infezione da HPV in Italia <i>20 dicembre 2007</i>	
Progetto "Tevere"	219

La violenza contro le donne: una priorità di sanità pubblica

Progetto accoglienza e assistenza delle vittime di violenza sessuale e domestica presso i servizi ospedalieri e territoriali.....	220
<i>3 dicembre 2007</i>	
Progetto Endometriosi	223
<i>20 dicembre 2007</i>	

La salute non ha confini: strategia della Diplomazia della Salute

Testo della Dichiarazione finale della Conferenza UE "La salute in tutte le politiche"	227
18 dicembre 2007	

INDICE TERZA PARTE

I lavori della Commissione ministeriale "Salute delle Donne"

"Lo stato di salute delle donne in Italia" - Primo rapporto sui lavori della Commissione Salute delle donne	236
6 marzo 2008	
Premessa	237
Discorso del Ministro Livia Turco in occasione dell'insediamento	239
della Commissione	
La salute delle donne in Italia nel contesto demografico e sociale	248
Approccio di genere alla salute	
1. Riduzione delle disuguaglianze e approccio di genere nelle politiche	254
per la salute	
2. Approccio di genere nella ricerca, nelle sperimentazioni e nei trattamenti farmacologici	261
Salute sessuale e riproduttiva.....	274
Il percorso nascita: periodo preconcezionale gravidanza, parto, puerperio ..	304
La violenza contro le donne: prevenzione, servizi, formazione degli operatori socio-sanitari.....	336
Focus sulle malattie cardiovascolari della donna in post-menopausa	342
Tumori: prevenzione, diagnosi, terapia	346
L'associazionismo al femminile	357
Razionale e proposte per un Piano intersettoriale	368
Seminari	
1. Prevenzione dei tumori: tra differenze di genere e differenze territoriali	371
2. Riduzione delle disuguaglianze e approccio di genere nelle politiche per le salute	372
Fonti di dati per l'analisi di genere	373
1. Fonti istituzionali	374
2. Anche dati internazionali.....	392
3. Altre Fonti	396
Conclusioni.....	399
Composizione della Commissione	402

www.ministerosalute.it

**La salute
delle donne**

**Un diritto
in costruzione**



Ministero della Salute