



Ministero della Salute

Commissione Salute delle Donne

**“Anno europeo delle pari opportunità per tutti”
2007**

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

**Valutazione di impatto sulla salute
delle politiche non sanitarie**

ATTI DEL SEMINARIO

Roma, 3 dicembre 2007

Auditorium
Lungotevere Ripa, 1

**“Anno europeo delle pari opportunità per tutti”
2007**

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

**Valutazione di impatto sulla salute
delle politiche non sanitarie**

ATTI DEL SEMINARIO

Roma, 3 dicembre 2007

**Auditorium
Lungotevere Ripa, 1**

**A cura della Commissione Salute delle donne – Gruppo di Lavoro 1, Conferenza
Nazionale sulla salute delle donne e Piano Intersettoriale**

Copia di questo volume può essere richiesta a

Direzione Generale Rapporti con l'Unione Europea e Rapporti Internazionali

Oppure può essere scaricata nella sezione *Rapporti Internazionali* del sito internet

www.ministerosalute.it

Stampa Ministero della Salute, Roma, dicembre 2007

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

Hanno curato il volume

Commissione Salute delle donne – Gruppo di Lavoro 1, Conferenza nazionale sulla salute delle donne e Piano intersettoriale

Comitato delle Pari Opportunità, Ministero della Salute

Direzione Generale Rapporti con l'UE e Rapporti Internazionali

Dipartimento di Prevenzione, Ufficio X

Con la collaborazione di

Colomba Iaconino

Lorenza Pastore

Hanno partecipato alla Conferenza

Relatori

Agostini Susanna, Presidente della Commissione Politiche Sociali e della Salute, Comune di Firenze

Agger Simona, Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici in sanità, Ministero della Salute, Roma

Antonelli Antonello, Osservatorio Epidemiologico Regionale, Regione Sardegna

Arletti Simona, Assessore Politiche per la Salute, Comune di Modena

Borgione Marco, Mastrogiacomo Carlo, Assessorato alla Famiglia, Salute e Politiche Sociali, Comune di Torino

Cernigliaro Achille, Dipartimento Osservatorio Epidemiologico, Regione Sicilia

Cossutta Maura, Consigliere del Ministro della Salute, Vice Presidente della Commissione Salute delle Donne, Roma

Costa Giuseppe, Professore di Epidemiologia e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Torino

De Vito Francesco Paolo, Assessore alle politiche socio-assistenziali, Comune di Foggia

Di Martino Maria Paola, DG della Direzione Generale per i Rapporti con l'Unione Europea e i Rapporti Internazionali, Ministero della Salute, Roma

Di Natale Rosanna, Consigliere dell'Assessore alle Politiche sociali e dei servizi alla persona e politiche per la promozione della salute, Comune di Roma

Gardiner Anna, Direttore del Progetto Sviluppo Cure Territoriali, Comune di Milano

Greco Donato, Direttore del Dipartimento della Prevenzione e della comunicazione, Ministero della Salute, Roma

Hofer Brigitte, Assessorato alla Sanità, Provincia Autonoma di Bolzano

Martuzzi Marco, Scientific Officer, Ambiente e Salute, WHO Roma

Paruolo Giuseppe, Presidente dell'Associazione Rete Italiana Città Sane – OMS e Assessore alla Salute e Comunicazione, Comune di Bologna

Perucci Carlo, Direttore del Dipartimento di Epidemiologia, ASL RME, Roma

Siliquini Roberta, Professoressa di Igiene, Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Torino

Vicarelli Maria Giovanna, Docente Università Politecnica delle Marche, Ancona

Intervenuti

Toschi Marina, Consigliera di Parità, Regione Umbria

Michieli Raffaella, Segretario Nazionale SIMG

Reale Elvira, Coordinatrice del Progetto "Una salute a misura di donna nella Regione Campania", Regione Campania

Conti Paola, sociologa del lavoro e della salute, esperta in politiche di genere, ISS

Diku Mbiye, Ginecologa, Commissione Salute e Immigrazione

Martorelli Simonetta, OICS Osservatorio Interregionale cooperazione e sviluppo, Roma

Liuzzi Giuseppina, Infettivologo Dirigente medico, Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "L. Spallanzani", Roma

Risi Paola Marina, medico - esperta in medicina integrata e di genere

Trimarchi Antonino, Collaboratore del Consigliere del Ministro Stefano Inglese, Ministero della Salute, Roma

INDICE

Riassunto	11
Apertura dei lavori	
Riduzione delle disuguaglianze e approccio di genere nelle politiche per la salute <i>Maura Cossutta</i>	15
Parte Prima. Interventi programmati: Sezione Introduttiva	
Il genere delle politiche sociali. L'apporto teorico dei «gender studies » allo studio dei modelli di welfare europei <i>Maria Giovanna Vicarelli</i>	25
Una valutazione di impatto sanitario orientata all'equità: l'infrastruttura informativa necessaria <i>Giuseppe Costa</i>	31
Disuguaglianze socio economiche e di genere, di accesso ed efficacia nel SSN <i>Carlo Perucci</i>	33
Valutazione di impatto sulla salute delle politiche non sanitarie: dalla VIA alla VIS <i>Marco Martuzzi</i>	43
Valutazione dell'impatto sulla salute delle donne e strumenti di valutazione <i>Roberta Siliquini</i>	47
Integrazione interistituzionale come necessità per l'attuazione della salute di genere in tutte le politiche <i>Maria Paola Di Martino, Simona Agger</i>	53
Guadagnare salute, come proposta operativa di integrazione interistituzionale nel campo della prevenzione <i>Donato Greco</i>	59
Politiche di genere e valutazione della salute: il lavoro della Rete <i>Giuseppe Paruolo</i>	63

Parte Seconda. Interventi programmati: Presentazione delle esperienze degli Enti territoriali

<i>Regione Sardegna. La valutazione dello stato di salute e dei bisogni socio sanitari attraverso l'osservazione epidemiologica: le differenze socio economiche e di genere</i> <i>Antonello Antonelli</i>	69
<i>Regione Sicilia. La valutazione dello stato di salute e dei bisogni socio sanitari attraverso l'osservazione epidemiologica: le differenze socio economiche e di genere</i> <i>Achille Cernigliaro, Giulia Cesaroni</i>	73
<i>Provincia Autonoma di Bolzano. Medicina di genere: esperienza della provincia di Bolzano</i> <i>Brigitte Hofer</i>	79
<i>Comune di Torino. L'Osservatorio cittadino sulla salute delle donne</i> <i>Marco Borgione</i>	83
<i>Comune di Milano. Politiche di attenzione al benessere e alla salute mentale delle donne</i> <i>Anna Gardiner</i>	87
<i>Comune di Firenze. Politiche integrate per un impatto positivo sulla salute delle donne</i> <i>Susanna Agostini</i>	93
<i>Comune di Modena. Il programma "salute donna" nel piano per la salute</i> <i>Simona Arletti</i>	99
<i>Comune di Foggia. Lo stato delle pari opportunità sul territorio cittadino</i> <i>Francesco Paolo De Vito</i>	105
<i>Comune di Roma. Promozione della salute della donna tramite la conoscenza dei servizi territoriali socio-sanitari</i> <i>Rosanna Di Natale</i>	115
Parte Terza. Interventi non programmati	
<i>No work... No children!</i> <i>Toschi Marina</i>	123
<i>L'esperienza dei Medici di Medicina Generale</i> <i>Raffaella Michieli</i>	125
<i>Una salute a misura di donna nella Regione Campania</i> <i>Reale Elvira</i>	127
<i>A due voci. Donne e uomini: qualità della vita, del lavoro, della salute</i> <i>Conti Paola, Risi Paola Marina,</i>	131

La diplomazia sanitaria come strumento di politica di cooperazione internazionale <i>Mbiye Diku</i>	135
Proposte per una buona interpretazione dell'approccio di genere <i>Martorelli Simonetta</i>	137
L'accesso alle cure nelle donne con infezione da HIV <i>Liuzzi Giuseppina</i>	141
Tre idee a sostegno delle iniziative dell'“Anno Europeo delle pari opportunità per tutti” <i>Trimarchi Antonino</i>	145
Conclusioni	147
Allegati	
Programma della giornata	151

Riassunto

Il giorno 3 dicembre 2007, la Commissione Salute delle Donne, insediata l'8 giugno 2007, in collaborazione con il Comitato Pari Opportunità del Ministero della Salute, ha realizzato, presso l'Auditorium del Ministero, il Seminario ***“Riduzione delle disuguaglianze e approccio di genere nelle politiche per la salute - Valutazione di impatto sulla salute delle politiche non sanitarie”***.

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 convinte della necessità di integrare la dimensione di genere in tutte le politiche e soprattutto del bisogno di definire una nuova strategia per promuovere azioni e programmi di promozione della salute.

Lo scopo del Seminario è stato quello di fare sistema delle diverse conoscenze e azioni 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 è stato articolato in due sessioni.

La prima sessione ha fornito un quadro generale su due importanti tematiche. Nella prima fase è stato introdotto l'approccio secondo un'ottica di genere nelle politiche per la salute e nelle politiche sociali evidenziando come esse, insieme ad altre importanti determinanti socioeconomiche, influiscono sull'accesso e l'efficacia del SSN. 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 come necessità 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 esauriente ed analitica, le proprie eccellenze, programmi ed azioni in corso, realizzati nell'ottica dell'approccio di genere.

La terza ed ultima sessione è stata dedicata al libero dibattito, durante il quale numerosi esponenti della P.A., Università e 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 sono state presentate dagli stessi organizzatori, i quali hanno ribadito l'importanza dell'evento e 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 numerosissime differenze che non dovrebbero più essere causa di altrettante disuguaglianze.

In questa pubblicazione vengono riportate integralmente le relazioni e gli interventi programmati e liberi presentati nel corso del Seminario.

Apertura dei lavori

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

Maura Cossutta

Consigliere del Ministro della Salute, Vice Presidente della Commissione Salute delle donne, Ministero della Salute, Roma

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

1. Principi già condivisi o cambiamento da promuovere

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

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

Perché?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 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.

3. 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

Ma la strada è ancora molto lunga. Sebbene importanti risultati siano stati raggiunti, è la stessa Commissione europea oggi ad affermare che le disuguaglianze non solo

permangono, ma possono anche aggravarsi, poiché l'incremento della concorrenza economica su scala mondiale richiede una forza lavoro più mobile e flessibile.

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

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

5. 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 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.

6. 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.

7. 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 dedicarvisi, 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 dello stato di salute della popolazione, avendo anche la possibilità di analizzare il "segmento" femminile che si può oggi considerare tra quelli più deboli-

La scelta prioritaria di un approccio di genere consente quindi di far emergere problemi fino ad ora non sufficientemente apprezzati, proprio 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.

8. 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.

Parte Prima

Interventi programmati

Il contributo delle teorie femministe e dei “gender studies” all’analisi dei modelli di welfare

Maria Giovanna Vicarelli

Docente Università Politecnica delle Marche, Ancona

1. Premessa

Nell’ultimo decennio, numerose ricerche di carattere epidemiologico e sociologico hanno evidenziato come le disuguaglianze nell’accesso ai servizi sanitari e nei livelli di salute della popolazione non siano affatto diminuite con l’affermarsi dei sistemi di welfare (Acheson 1998; Biancheri 2006; Marmot 1999; Whitehead 1987 e 1992; Wilkinson 1996; Bungener et Ulmann 2006, Costa e Faggiano 1994; Corradi 2000; Costa, Spadea, Cardano 2004; Cardano 2007; Bronzini 2008)¹. Nonostante l’aumento delle risorse economiche profuse nelle politiche di protezione sociale, i differenziali di salute appaiono in aumento in molti paesi europei. Ciò appare particolarmente evidente nel caso delle differenze legate al genere, le quali restano marcate nonostante la crescente omologazione degli stili di vita femminili e maschili e nonostante il ruolo che le donne, oggi, occupano all’interno delle società occidentali.

E’ in questa ottica che ci si può interrogare sull’esistenza di una connotazione di genere delle politiche sociali, se cioè esse abbiano assunto, nel tempo, connotati tali da giustificare le differenze tra i sessi che sono stati individuate (Connel 2006; Morel 2007). Per affrontare questo interrogativo appaiono utili le ricerche che le teorie femministe, prima, e i “gender studies”, poi, hanno effettuato relativamente alle forme di welfare state sviluppatesi nel corso del Novecento. Infatti, mentre gli studi di matrice femminista, si sono rivolti all’analisi delle forme generali dello Stato sociale, gli approcci più recenti hanno portato l’attenzione sulle differenze che attengono alle diverse “famiglie di welfare”², dove le relazioni e i bilanciamenti tra le forme regolative dello stato, del mercato e della famiglia hanno dato vita a politiche sociali differenti con diverse ricadute sulle disuguaglianze di genere.

2. La critica femminista

Gli studi di impronta femminista degli anni Settanta ed Ottanta non hanno prodotto una teoria unificata sullo Stato sociale. Ciò nonostante essi hanno contribuito a sottolineare la particolare *genes* delle politiche di welfare in Europa che sono state avviate, come è noto, negli ultimi venti anni dell’Ottocento e quindi cresciute nei primi due decenni del Novecento, per svilupparsi e consolidarsi fino alla metà degli anni Settanta, quando si è cominciata ad intravedere una loro crisi e una necessaria ristrutturazione.

¹ A questo tema è stato dedicato il primo congresso internazionale della Associazione italiana di sociologia della salute e della medicina nel novembre 2006 a Pescara.

² Si tratta, come è noto, dei paesi scandinavi da un lato, dei paesi anglosassoni dall’altro, quindi dei paesi dell’Europa continentale e dei paesi dell’Europa mediterranea.

Le teorie femministe sottolineano il fatto che i movimenti operai e i ceti modernizzanti di fine Ottocento hanno lottato per ottenere il riconoscimento dei diritti sociali in modo separato e spesso antitetico rispetto ai movimenti e alle associazioni femminili del tempo. Per i primi il nucleo centrale dei conflitti e delle rivendicazioni riguardava il rapporto tra il lavoro, l'inabilità e il tempo libero, mentre per le donne il tema centrale era quello del rapporto fra lavoro retribuito e lavoro domestico (Bock 2000). Mentre così da parte delle associazioni prevalentemente maschili i temi della previdenza, dell'assicurazione sanitaria, degli infortuni e della disoccupazione erano considerati nodali per la costruzione dello Stato sociale, per i movimenti femminili lo erano assai di più le politiche per la maternità e la tutela del lavoro delle donne. Alla base di questo dualismo si rileva una diversa concezione del ruolo maschile e femminile, nonché un mercato del lavoro segmentato poiché suddiviso tra occupazioni riconosciute e valorizzate nella sfera pubblica e lavori nella sfera privata non riconosciuti e non remunerati (il lavoro domestico e di cura).

Alcune studiose di matrice anglosassone (Fraser 1994, Nelson 1990), hanno di conseguenza sostenuto che il dualismo nelle richieste dei diritti di cittadinanza abbia condotto alla creazione di un sistema di welfare "a due velocità", basato su una cittadinanza sociale differenziata per i due sessi. Gli uomini avrebbero beneficiato di diritti sociali "pieni" di tipo assicurativo basati sulla loro partecipazione al mercato del lavoro, quindi in virtù del loro essere o non essere "lavoratori" riconosciuti in un sistema economico-istituzionale di carattere formale. Le donne avrebbero beneficiato di diritti sociali "dimezzati" poiché inerenti la loro posizione all'interno della famiglia il cui carattere non costituiva comunque un diritto, ma eventualmente una concessione dello Stato a fronte di un bisogno volta a volta da dimostrare ed eventualmente meritare (benefici e servizi per la maternità e la crescita dei figli).

Nasce, dunque, da questi studi l'idea che il welfare state abbia avuto inizialmente un carattere *patriarcale* in quanto strumento di codificazione di una sostanziale subordinazione femminile all'interno della sfera familiare e domestica (Witz 1992). A tale imprinting avrebbe fatto seguito una impostazione di *genere maschile* delle politiche sociali in quanto proposte e realizzate da uomini, nonché progettate per una popolazione al massimo asessuata: una popolazione che in quanto tale non esiste.

All'interno di queste aree di indagine, si pongono anche quelle ricerche che hanno cercato di dimostrare come la professione medica si sia proposta come strumento di attuazione delle politiche sanitarie di fine Ottocento, il cui fine era quello di permettere agli Stati nazionali di disporre di una manodopera sana ed abbondante per le esigenze dell'industria e dell'esercito. I medici, in altri termini, avrebbero garantito un controllo sulle condizioni di benessere della popolazione mediante una scienza "nuova", allora in via di legittimazione universitaria, ma per questi motivi di evidente dominio maschile. Non a caso le teorie femministe evidenziano la marginalizzazione dei saperi femminili nell'ambito della cura che avviene proprio in questa epoca e la conseguente subordinazione di alcune figure femminili (le ostetriche e le infermiere ad esempio) nelle strutture sanitarie allora in espansione (Ehrenreich and English 1973; Alic 1989).

3. I gender studies e le ricerche comparate sui modelli di welfare

I risultati raggiunti dalla critica femminista vengono messi in dubbio già negli anni Novanta da parte di alcune ricerche svolte nei paesi scandinavi, dove lo Stato sociale non risulta affatto un fattore di subordinazione delle donne, ma una risorsa emancipazionistica nel momento in cui sostiene e garantisce un ampio lavoro femminile nei servizi pubblici (Hernes 1987, Leira 1992). Le autrici scandinave antepongono all'idea di un sistema di welfare *patriarcale*, quella di un sistema *friendly* cioè amichevole per le donne. Un elemento centrale di questa analisi è il fatto che i processi di riproduzione nei paesi nordici sono ampiamente trasferiti dalla sfera privata a quella pubblica, così che la socializzazione del lavoro di cura

permette alle donne di uscire dall'ambito domestico per impegnarsi su un mercato del lavoro regolare, anche se spesso con orari e retribuzione ridotte.

E' a partire da questi risultati di ricerca che prende avvio un insieme eterogeneo di studi comparativi che si allontanano dagli schematismi della ricerca femminista degli anni Settanta e Ottanta per dimostrare che le relazioni di genere sono "socialmente costruite" e sostenute da differenti assetti istituzionali e culturali. Si tratta di indagini che vanno ad interagire con le analisi che gli studiosi del welfare propongono negli stessi anni sul tema delle differenti famiglie di welfare e che aprono un ampio e vivace dibattito (Esping-Andersen 1990, 1999, 2002; Lewis 1992, 1997; Sainsbury 1994, 1996, 1999).

Come è noto, il primo a proporre una classificazione dei modelli di welfare è stato lo stesso Titmuss che con il fine esplicito di cercare "qualche forma di ordine nel disordine e nella confusione dei fatti, dei sistemi e delle scelte relative ad alcune aree della vita economica e sociale propone, in via indicativa, tre modelli di *social policy* individuati come: modello residuale, modello di rendimento industriale, modello istituzionale redistributivo (Titmuss 1974). Tra i modelli di welfare proposti in tempi più recenti quelli di Esping-Andersen condividono con la classificazione di Titmuss il principio secondo cui ciascuno regime di welfare incide in modo differenziato sulla dimensione della de-mercificazione, cioè sulla capacità di sottrarre il cittadino/lavoratore dalla dipendenza del mercato. Nei modelli di *welfare liberali*, infatti, tale dimensione sarebbe molto ridotta, nei sistemi *conservatori-corporativi* essa sarebbe maggiore, ma influenzata dalle diseguaglianze di reddito e di occupazione, nei regimi *socialdemocratici* tenderebbe al massimo poiché l'obiettivo è quello di rispondere ai bisogni dei cittadini neutralizzando la dipendenza dal mercato. Esping-Andersen riconosce che a ciascun modello di welfare corrispondono principi e valori diversi i quali, nel primo caso, esaltano l'individualismo di mercato, nel secondo la segmentazione meritocratica e nel terzo la solidarietà universalistica.

Rispetto a questa tripartizione, i "gender studies" rimproverano ad Esping-Andersen di introdurre nella sua ripartizione le donne in via accidentale riconoscendo loro un ruolo marginale nella caratterizzazione dei welfare states. L'assenza delle donne - scrivono Langan e Ostner (1991) - appare chiaramente nel modo in cui egli affronta il problema della de-mercificazione nei differenti regimi senza tenere in alcun conto le differenze di genere. Egli sembra dimenticare che gruppi sociali differenti e differenti categorie di genere hanno un diverso rapporto con il processo di de-mercificazione e mercificazione. Langan e Ostner notano, infatti, come il *welfare scandinavo* proponga un modello di integrazione sociale attraverso il mercato del lavoro il quale risulta aperto sia agli uomini che alle donne, seppure con forme differenti. Esso si presenterebbe come un allargamento dell'economia femminile dei servizi in cui sono le donne con lavoro pagato ad offrire servizi alle donne che altrimenti sarebbero incapaci di lasciare la famiglia per andare al lavoro. La dipendenza femminile in questo caso si esprimerebbe nei riguardi dello Stato anziché della famiglia e sarebbe mediata da una relativa indipendenza economica.

Nel modello di *welfare bismarckiano*, proprio dei paesi dell'Europa continentale, si tenderebbe a riprodurre sia le tradizionali forme di divisione sociale del lavoro (tra colletti bianchi e colletti blu, tra occupati con lavoro continuativo ed occupati con lavoro discontinuo, tra ricchi e poveri) sia le tradizionali forme di divisione del lavoro tra uomini e donne. Il welfare state, infatti, enfatizzerebbe (attraverso una bassa tassazione e trasferimenti in denaro) la famiglia come soggetto principale di erogazione di servizi proponendo una modalità di compensazione ed istituzionalizzazione di una cittadinanza sociale ristretta, basata sulla piena occupazione maschile.

Il *modello anglo-sassone*, dal suo canto, si baserebbe su un concetto di eguaglianza e di libertà fittizio poiché centrato sul mercato e quindi incapace di cogliere le differenze che agli uomini e alle donne derivano dalla famiglia e dal lavoro domestico. Qui, la famiglia e la donna dipendono, di fatto, dal cittadino maschio e assai meno dall'intervento pubblico.

Nel modello di *welfare latino*, infine, ci si troverebbe di fronte - secondo Langan e Ostner - ad una forma rudimentale caratterizzata da un'ampia partecipazione femminile al

mercato del lavoro informale e al tempo stesso da un forte coinvolgimento della famiglia nella produzione dei servizi per il benessere. Da questo punto di vista non gli individui ma la famiglia e le imprese sono i soggetti cui si indirizzano principalmente le politiche di welfare.

In questa prospettiva, appare evidente come ogni famiglia di welfare proponga un diverso mix tra ruolo dello stato, del mercato e della famiglia attribuendo volta a volta a ciascuno di questi fattori un carattere predominante sia nell'ambito della produzione che della riproduzione sociale. Se si focalizza, in altri termini l'attenzione su questi due campi si scopre una ben differenziata posizione delle quattro famiglie di welfare europei. Mentre nel caso dei paesi scandinavi la responsabilità della riproduzione sociale (lavoro domestico e di cura) risulta a carico principalmente dello stato, nei paesi anglosassoni il peso viene suddiviso tra mercato e famiglia, nei paesi continentali tra stato e famiglia, mentre nei paesi mediterranei la responsabilità resta ampiamente alla famiglia.

Non meraviglia allora, che all'interno dei sistemi sanitari europei si individuino una diversa presenza delle donne medico che, ad esempio, nei paesi scandinavi raggiungono già a inizio Novecento un peso rilevante, per crescere costantemente e raggiungere oggi una quasi completa parificazione con gli uomini. Allo stesso modo il numero delle donne medico appare minore man mano che si passa dai sistemi anglosassoni a quelli continentali e mediterranei, nonostante l'incremento che si è verificato ovunque negli ultimi venti anni (Malatesta 2006; Vicarelli 2007, 2008). Valutazioni simili possono essere fatte rispetto alla cura della maternità e dell'infanzia per le quali si nota un diverso posizionamento delle famiglie di welfare che da una forte socializzazione di tali attività nei paesi scandinavi passano a forme assai meno nette nei paesi anglo-sassoni e continentale, per ridursi ulteriormente in quelli mediterranei.

4. Guardando al futuro

La critica femminista e i "gender studies" hanno affrontato, come si è visto, il tema delle politiche sociali dimostrando come la loro caratterizzazione in termini di genere debba essere colta tenendo conto di un insieme di variabili storico-territoriali connesse al rapporto tra politiche di welfare, del lavoro e di cura.

Volendo utilizzare i risultati di queste analisi per la comprensione delle disuguaglianze in ambito sanitario, occorrerebbe avviare un ampio percorso di ricerca che individuasse, in termini scientificamente fondati, sia i differenziali di genere nella salute, sia la loro correlazione con le diverse famiglie di welfare.

Nell'una direzione e nell'altra l'Italia scontrerebbe un notevole ritardo che giustifica, in certa misura, il dibattito limitato e del tutto recente avviato su queste tematiche. Da un lato, infatti, la realizzazione del Servizio sanitario nazionale non ha dato vita ad un sistema adeguato di indicatori sui livelli di salute della popolazione e sulle performances dei servizi sanitari, tantomeno con specifica attenzione ai differenziali sociali e di genere. Inoltre, mentre molti paesi europei (Francia e Gran Bretagna in primo luogo) hanno lanciato, negli ultimi anni, grandi campagne di ricerca sul tema delle disuguaglianze nella salute, in Italia l'interesse politico su questo fronte è stato del tutto latente. Dall'altro lato, la configurazione sempre più territoriale e federale del Servizio sanitario ha reso difficile l'individuazione del modello italiano di welfare, impedendo di fatto la comparazione con gli altri paesi europei. Mentre, infatti, sono andate moltiplicandosi le scelte organizzative e strutturali delle Regioni italiane, con una scarsa capacità di indirizzo del Ministero della salute, l'attenzione degli studiosi si è rivolta alla difficile comprensione dei modelli di welfare locali, senza riuscire ad indicare, se non con forti approssimazioni, le linee di fondo del sistema nazionale (France 1999; Mapelli 2007; Vicarelli, Pavolini, Neri 2007).

Tuttavia, proprio i dati di ricerca che vanno emergendo grazie al lavoro tenace di alcuni studiosi del settore (Costa, Faggiano 1994; Perucci 2006), chiedono alla comunità politica e scientifica di invertire la direzione fino ad oggi seguita, focalizzando maggiormente le *ricerche* sui differenziali di genere e le *politiche* su interventi di grande respiro che

permettano al paese di ritrovare, almeno su queste grandi direttrici di universalismo e democrazia, una coerenza e un impulso che troppo spesso sono mancati.

Bibliografia

- Acheson D. 1998, *Independent Inquiry into Inequalities in Health*, Londra, Stationery Office.
- Alic M. 1989, *L'eredità di Ippazia: donne nella storia delle scienze dall'antichità all'Ottocento* Roma, Editori Riuniti.
- Biancheri R. 2006, *Da Esculapio a Igea: la dimensione di genere nella salute*, relazione presentata al convegno: "Salute e disuguaglianze sociali", Pescara, 23-25 novembre 2006.
- Bock G. 2000, *Le donne*, Bari, Laterza.
- Bronzini M. (a cura di) 2008, *Sistemi sanitari e politiche contro le disuguaglianze di salute in una prospettiva globale*, Milano, Angeli.
- Bungener M. et Ulmann P. 2006, «Déterminants socio-économiques des inégalités de santé», *Sciences Sociales et Santé* vol. 24, n. 3.
- Connel R.W. 2006, *Questioni di genere*, Bologna, Il Mulino.
- Corradi L. 2000, *Women's Health Network: Country report Italy*, EWHNET.
- Costa G. e Faggiano F. 1994, *L'Equità nella salute in Italia*, Milano, Angeli.
- Costa G., Spadea T., Cardano M. 2004, "Disuguaglianze di salute in Italia", *Epidemiologia e Prevenzione* vol. 28, n. 3, pp. 1-161.
- Cardano M. 2007, *Disuguaglianze sociali di salute. Differenze biografiche incise nei corpi*, (di prossima pubblicazione).
- Ehrenreich B. and English D. 1973, *Witches, midwives, and nurses. A history of women healers*, New York, The Feminist Press.
- Esping-Andersen, G. 1990, *The three worlds of welfare capitalism*, Cambridge, Polity Press.
- Esping-Andersen, G. 1999, *Social foundations of post-industrial economies*, Oxford, Oxford University Press.
- Esping-Andersen G. (ed.) 2002, *Why we need a new welfare state*, Oxford, Oxford University Press.
- France G. (a cura di) 1999, *Politiche sanitarie nei sistemi di governo decentrati*, Milano, Giuffrè.
- Fraser N. 1994, "After the family wage. Gender equity and the welfare state", *Political Theory* vol. 22 n. 4, pp. 591-618.
- Hernes H. 1987, *Welfare state and women power. Essays in state feminism*, Oslo, Norwegian University Press.
- Langan, M. e Ostner I. 1991, *Gender and welfare*, in Room G. (ed.), *Towards a European Welfare State?*, Bristol, Arrowsmith Ltd.
- Leira A. 1992, *Welfare states and working mothers. The Scandinavian experience*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Lewis J. 1992, "Gender and the development of welfare regimes", *Journal of European Social Policy* vol. 2, n. 3, pp. 159-173.
- Lewis J. 1997, "Gender and welfare regimes: further thoughts", *Social Politics* vol. 4, n. 2, pp. 160-177.
- Nelson B. (ed.) 1990, *The origins of the two-channel welfare state*, in Gordon, L. (ed.), *Women, the State and Welfare*, Madison, University of Wisconsin Press.
- Malatesta M. 2006, *Professionisti e gentiluomini*, Torino, Einaudi.
- Mapelli V. 2007, *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*, Roma, Formez.
- Marmot, M. 1999, *Social determinants of health*, Oxford, Oxford University Press.
- Morel N. 2007, «Le genre des politiques sociales. L'apport théorique des gender studies à l'analyse des politiques sociales», *Sociologie du Travail* vol. 49, pp. 383-397.
- Perucci C. 2006, *Disuguaglianze socio-economiche di salute*, relazione presentata al seminario Censis, «Le disuguaglianze nella salute», Roma, 30 maggio 2006.
- Sainsbury D. 1994, *Women's and Men's Social Rights: Gendering Dimensions of Welfare States*, in Sainsbury, D. (ed.), *Gendering Welfare States*, London, Sage.
- Sainsbury D. 1996, *Gender, equality and welfare states*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Sainsbury D. (ed.) 1999, *Gender and welfare state regimes*, Oxford, Oxford University Press.
- Titmuss R. M. 1974, *Social Policy*, London, Allen & Unwin.
- Vicarelli G. (a cura di) 2007, *Donne e professioni nell'Italia del Novecento*, Bologna, Il Mulino.
- 2008, *Figlie di Asclepio e di Igea. Il percorso professionale delle donne medico in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- Vicarelli G., Pavolini E., Neri S. 2007, *Changes in the Italian Health System: the role of private providers*, paper to be presented at the ESPANet Conferenze, Vienna, 20-22 settembre, 2007.
- Wilkinson, R. G. 1996, *Unhealthy societies: The afflictions of inequalities*, London, Routledge.
- Whitehead M. 1987, *The Health Divide: Inequalities in Health in the 1980s*, London, Health Education Council.
- Whitehead M. 1992, "The Concepts and Principles of Equity and Health", *International Journal of Health Services*, Vol. 22, n.3, pp. 429-445.
- Witz A. 1992, *Professions and Patriarchy*, London, Routledge.

Una valutazione di impatto sanitario orientata all'equità: l'infrastruttura informativa necessaria

Giuseppe Costa

Professore di Epidemiologia e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Torino

Le disuguaglianze sociali e, nello specifico, quelle di genere, che ne sono una delle dimensioni, influiscono sulla salute degli individui. Il genere, oltre ad essere un determinante delle differenze di salute, può essere un modificatore dell'effetto che i determinanti sociali e non hanno sulla salute stessa.

Fra gli intenti delle politiche non sanitarie e, ovviamente, sanitarie, dovrebbe essere anche la riduzione dell'effetto che le disparità sociali e di genere hanno sulla salute.

La valutazione dell'impatto sanitario è elemento fondante del processo decisionale politico amministrativo. Esso misura, prima della formulazione di scelte normative o operative, quanto beneficio di salute e quanta autonomia di scelta siano distribuiti nella popolazione ed in che modo lo siano, cioè quale sia la loro distribuzione fra i gruppi sociali e fra i generi. L'attenzione particolare alla distribuzione equa del beneficio su scala sociale, di genere e sulla interazione di questi due elementi, ci permette di parlare di valutazione di impatto sanitario orientata all'equità.

Scelte politiche ed amministrative attente ad un'equa distribuzione dei benefici all'interno della popolazione sono possibili e scientificamente fondate quando vi siano esperienze precedenti implementate in un contesto simile e correttamente valutate, su cui modellare le necessità attuali alla ricerca di una soluzione equa.

In realtà la letteratura scientifica è piuttosto povera di esperienze di valutazione di impatto sanitario di singole politiche non sanitarie quando, fra i risultati, si voglia indagare l'impatto che tali politiche hanno avuto sulle disuguaglianze di genere integrate in quelle socioeconomiche.

A fronte di questa povertà di letteratura sull'argomento, la valutazione di impatto sanitario (VIS) deve orientarsi sulla base di schemi esplicativi a priori. Gli scenari possibili sono fondamentalmente tre:

1. quando sono in gioco politiche centrate sui determinanti sociali o di genere (ad esempio per la lotta alla disoccupazione o a favore delle madri sole), nel cui caso è necessario che la VIS si fondi su uno schema esplicativo specifico, che identifichi i determinanti distali/prossimali e i loro meccanismi di azione, che rappresentano altrettante politiche. Questo tipo di VIS richiede la definizione di misure specifiche sui determinanti e sui meccanismi che sono in gioco nella specifica *policy*
2. quando, viceversa, si tratta di politiche centrate su determinanti diversi da quelli sociali o di genere, ma i cui effetti sulla salute possono essere modificati dalle caratteristiche sociali e di genere, allora è necessario avere un'ipotesi precisa sul meccanismo di interazione e strumenti adeguati per la sua misura.
3. se, infine, occorre esaminare politiche centrate su determinanti diversi da quelli sociali e di genere, e si è preoccupati di scrutinare se esse abbiano un impatto sull'equità in salute, allora si tratta solo di eseguire lo screening delle disuguaglianze sociali e di genere negli esiti di salute connessi a tali politiche; gli

stimatori di tali disuguaglianze devono garantire facilità di applicazione e comparabilità, senza necessità di alcun particolare schema esplicativo.

Un esempio di VIS del primo tipo è offerto dagli studi sulle madri sole.

Le madri sole sono un buon test di come funzioni il welfare nella protezione della salute su un gruppo più vulnerabile dal punto di vista sociale e del genere. Uno studio in corso si propone di confrontare tre Paesi Europei che rappresentano altrettanti modelli di welfare secondo Espino-Andersen (liberale, corporativo e social democratico), rispetto all'impatto sulla salute atteso in base ad uno schema concettuale specifico sulle modalità di ingresso nella condizione di madre sola, sulla loro esposizione differenziale a condizioni sfavorevoli sulla salute e sugli interventi e le politiche che possono contrastare tali disuguaglianze. Nei risultati preliminari gli indicatori di salute e di esposizione a condizioni materiali più sfavorevoli sono evidenti fra le madri sole in tutti e tre i Paesi con differenze che rimandano alle differenze fra contesti sociali e politici (ruolo della famiglia, dello Stato e del mercato).

A partire da queste valutazioni, alcune realtà locali stanno procedendo a percorsi più analitici di VIS per le madri sole, come sta iniziando a fare la Città di Torino con il Progetto Piano Regolatore Sociale, dove un tavolo inter-assessorile ed un tavolo tecnico si pongono domande e cercano risposte nella letteratura e nell'epidemiologia o nella ricerca sociale per misurare la grandezza e la gravità dei meccanismi di generazione di svantaggio per le madri sole e dei potenziali interventi di contrasto.

Un esempio di politica del secondo tipo è offerto da alcuni studi nell'ambito del programma di ricerca comparativa europeo Eurothine che valutano quanto la condizione femminile e il livello socioeconomico influenzino l'impatto di alcune politiche come quelle di prevenzione dell'inizio dell'abitudine al fumo. Alcuni risultati preliminari mostrano come oggi le donne giovani di bassa istruzione siano le più vulnerabili nelle società più emancipate e come il ruolo dell'immagine associata al fumo fra le giovani donne cambi con la posizione sociale. E' necessario perciò interrogarsi sull'impatto delle politiche e degli interventi di controllo del fumo fra le giovani donne di bassa posizione sociale.

Infine, sullo screening dell'impatto più o meno disuguale sulla salute di politiche centrate su determinanti diversi da quelli sociali e orientate all'equità in salute, un esempio è dato dall'indagine condotta a Torino sulle differenze per istruzione in diversi indicatori di accesso ai servizi, appropriatezza ed esito dell'assistenza sanitaria. Dallo scrutinio sistematico di queste differenze emerge che le persone meno istruite sarebbero le più vulnerabili all'inappropriatezza, incontrerebbero limitazioni di accesso a procedure efficaci e appropriate, presenterebbero esiti più sfavorevoli. Il genere non è ancora sufficientemente indagato come determinante di disuguaglianze nei processi e negli esiti dei principali percorsi assistenziali.

Sulla base di questi schemi concettuali, la Città di Torino sta muovendosi verso un Piano Regolatore Sociale centrato sulla salute e sulla qualità della vita, dove la valutazione dell'impatto sulla salute e sulle disuguaglianze in salute diventi uno strumento corrente di lavoro ed interazione fra tecnici della salute e decisori politici.

Per far ciò serve una infrastruttura conoscitiva di monitoraggio longitudinale del rapporto fra salute e società. Sino ad oggi questo è stato garantito dallo Studio Longitudinale Torinese. E' attualmente in corso la definizione di un panel longitudinale di famiglie che integri le informazioni di SLT e che funzioni come un Auditel del Piano Regolatore Sociale.

Questo dovrebbe permettere di soddisfare un'agenda di bisogni conoscitivi piuttosto intensa e già ben definita, che per quanto riguarda il rapporto fra le disuguaglianze sociali e di genere si propone di lavorare sulle politiche del lavoro (disoccupato/casalinga, lavoro pagato/lavoro di cura, lavoro precario, lavoro autonomo, occupazioni femminili poco studiate), dell'assistenza sanitaria (percorsi assistenziali, vulnerabilità di genere nell'invecchiamento), di lotta alle dipendenze (fumo, disturbi alimentari) e di sostegno a persone a più alto rischio (donne sole).

Diseguaglianze socio economiche e di genere, di accesso ed efficacia nel SSN

Carlo Perucci

Direttore del Dipartimento di Epidemiologia, ASL RME, Roma

Innanzitutto sono del parere che è difficile, se non impossibile, conoscere a fondo ciò che non siamo in grado di misurare, perciò vi esporrò molti grafici con relativi dati. Cercherò di utilizzare degli esempi sulla città di Roma, in quanto posso usufruire, grazie all'impegno del Comune, di un patrimonio informativo rilevante, e fornirò inoltre qualche esempio di studi nazionali, al fine di affrontare l'interrogativo posto in questa giornata: quanto il genere sia un modificatore dell'effetto delle diseguaglianze socio economiche nel campo della salute.

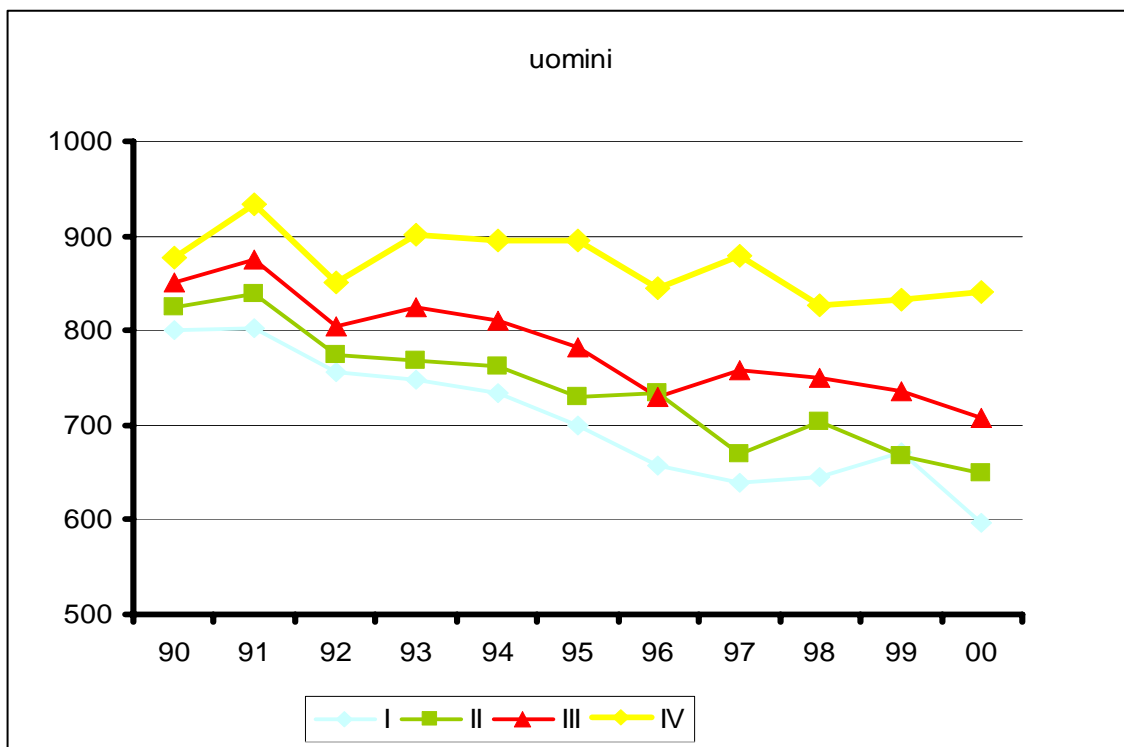
Nonostante abbiamo l'illusione di vivere in un Paese in cui le diseguaglianze non sono evidenti, i dati ci forniscono un quadro molto differente, tanto che persino nella stessa città, ad esempio Roma, esistono dei tassi di mortalità molto eterogenei a seconda delle aree di riferimento:

Tab. 1: TUTTE LE CAUSE: Decessi/ 100.000 e Rischi Relativi. Uomini, Roma, 2001-2005

QUARTIERI	Oss.	tasso	RR	p
Riferimento = 5	1761	594.9	1.00	.
Aurelio Sud	678	673.4	1.13	0.00
Appia Antica-Navigatori	678	673.4	1.13	0.00
Prati	199	684.1	1.15	0.06
Salario	516	688.2	1.16	0.00
.....				
.....				
Tiburtino Nord	556	1044.	1.76	0.00
Tufello	541	1047.	1.76	0.00
Alessandrina	690	1070.	1.80	0.00
Casal Boccone	208	1079.	1.81	0.00
Testaccio	296	1125.	1.89	0.00

Inoltre ci illudiamo che lo stato di salute della popolazione sia nettamente migliorato quando invece i dati relativi alla mortalità, suddivisi su 4 livelli socio economici dall'inizio degli anni '90 alla fine del 2000, dimostrano nettamente il contrario.

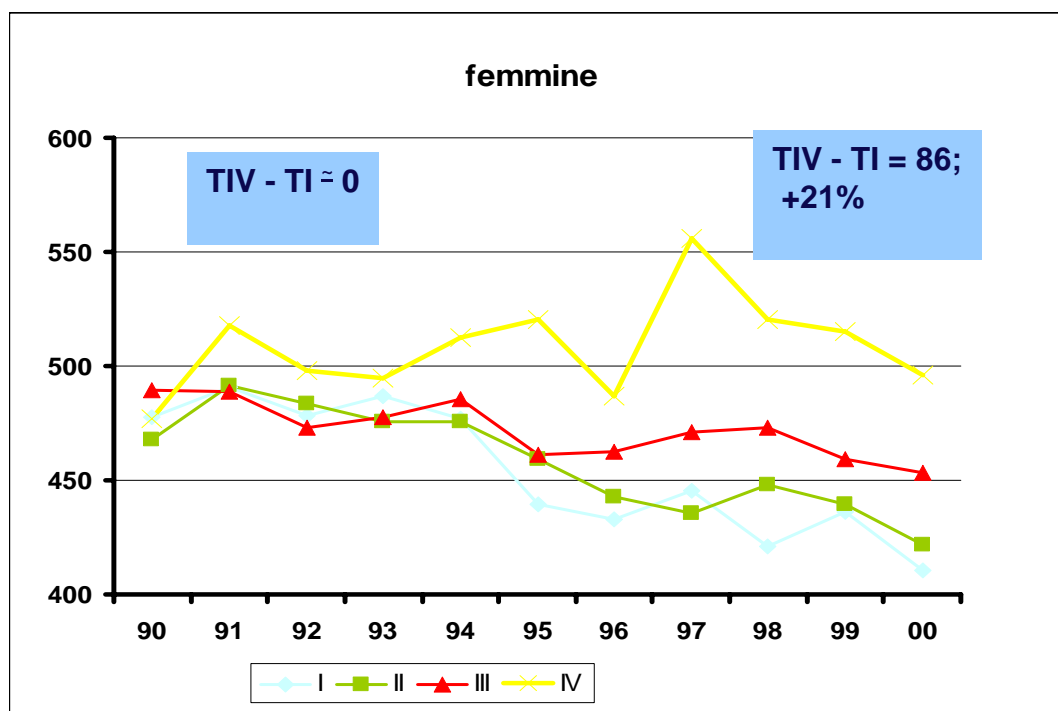
Tab 2: Tassi standardizzati di mortalità (x100000) per SES. Roma 1990-2000: Uomini



Se nel 1990 il differenziale per livello socio economico di mortalità nei maschi era di 90 morti per 100.000 abitanti /anno standardizzati per età, spostandoci nell'anno 2.000 possiamo vedere come il differenziale è di 244 morti per 100.000 abitanti/annuo. L'eccesso è passato dal 10% del 90 al 41% del 2000. Questo grafico ci dà un'idea di quanto è accaduto negli anni '90, anni durante i quali esisteva già il SSN, il quale avrebbe dovuto restituire in termini di salute quello che veniva tolto dai differenziali socio economici.

Questo fenomeno si ripete anche con le donne.

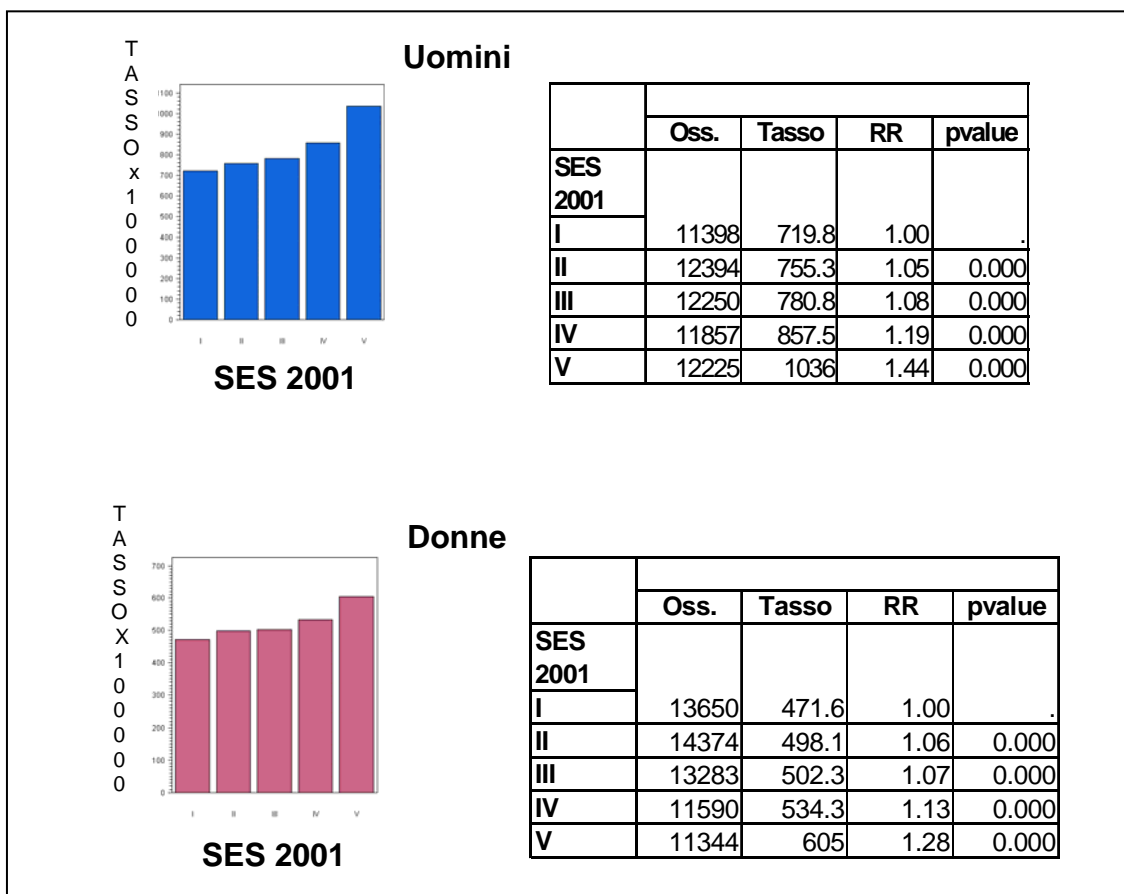
Tab 3: Tassi st. di mortalità (x100000) per SES. Roma 1990-2000: Femmine



Infatti, all'inizio degli anni '90, a Roma, il differenziale socio economico in termini di mortalità era quasi inesistente, ma nel 2000 raggiunge quota 86 morti per 100.000 abitanti/annuo, pari al livello di mortalità maschile agli inizi degli anni '90.

Prendendo in considerazioni gli stessi livelli socioeconomici e la stessa ripartizione geografica della città di Roma, possiamo adesso analizzare i cambiamenti che sono stati registrati nella città dal 2000 al 2005.

Tab. 4 : Informazione sullo stato di salute della popolazione. Roma. 2001 – 2005



Questo grafico raccoglie i dati relativi ai decessi di uomini e donne degli anni 2000-2005 classificati per 5 livelli socio economici. Complessivamente, rispetto ai dati precedenti la situazione è sommariamente immutata.

Tab. 5. TUTTE LE CAUSE: Dimessi/1.000 e Rischi Relativi. Uomini e donne, Roma, 2001-2005

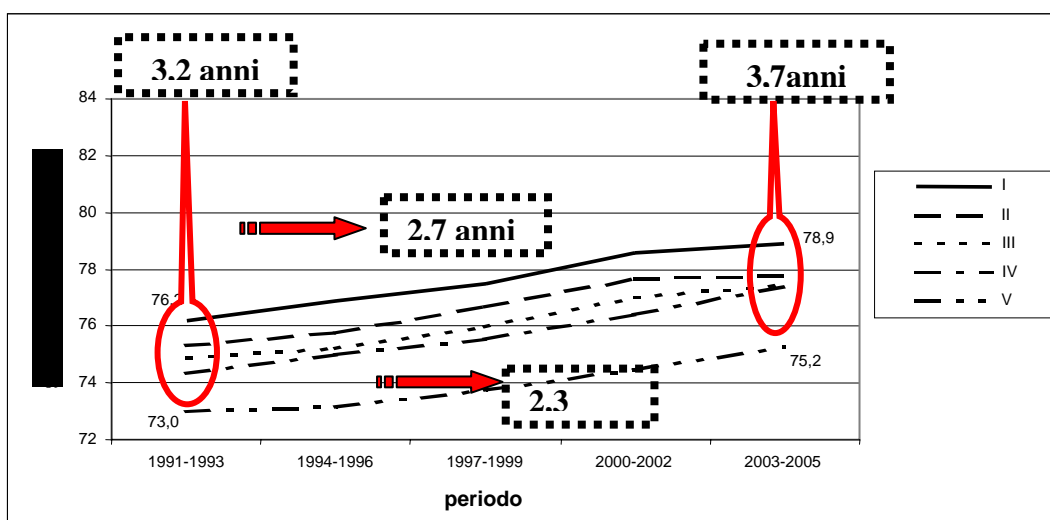
UOMINI					DONNE				
QUARTIERI	Oss	tass	RR	p	QUARTIERI	Oss	tas	R	p
Riferimento =92	371	72.9	1.0		Riferimento = 89	481	86.	1.0	
Ponte Galeria-Mafliana	131	80.5	1.1	0.0	Malafede	201	95.	1.1	0.0
Lunghezza-Acqua	269	80.6	1.1	0.0	Alessandrina	633	95.	1.1	0.0
Torrespaccata	301	81.2	1.1	0.0	S. Vittorino	151	95.	1.1	0.0
La Rustica	169	81.3	1.1	0.0	S.Cornelia-Prima Porta	177	96.	1.1	0.0
.....								
.....								
Primavalle	116	86.8	1.1	0.0	Casalotti-Boccea	508	103	1.2	0.0
Castelluccia-S.Maria di	348	88.8	1.2	0.0	Ponte Galeria-Mafliana	167	104	1.2	0.0
Fodaccia	513	90.2	1.2	0.0	Castelluccia-S.Maria di	447	105	1.2	0.0
Ottavia	289	91.1	1.2	0.0	Ottavia	407	107	1.2	0.0
S. Maria della Pietà	317	94.5	1.3	0.0	S. Maria della Pietà	407	108	1.2	0.0

Se andiamo a vedere come risponde il SSN a questo peggioramento della situazione confrontando i dati appena esposti con i tassi di ospedalizzazione nelle strutture della città di Roma dal 2001 al 2005, si può riscontare come il livello socio economico 5 (il più alto) abbia un eccesso di ospedalizzazione maggiore del 16% rispetto al livello socio economico 1, sia per quanto riguarda gli uomini, sia per le donne.

In realtà il SSN si basa sul principio che coloro che usufruiscono dei redditi più bassi contribuiscano meno di coloro che hanno redditi più alti e il SSN dovrebbe restituire tali contributi in termini di servizi, dando quindi di più a coloro che hanno pagato meno. Secondo i dati, quindi, tale principio non è stato assolutamente rispettato.

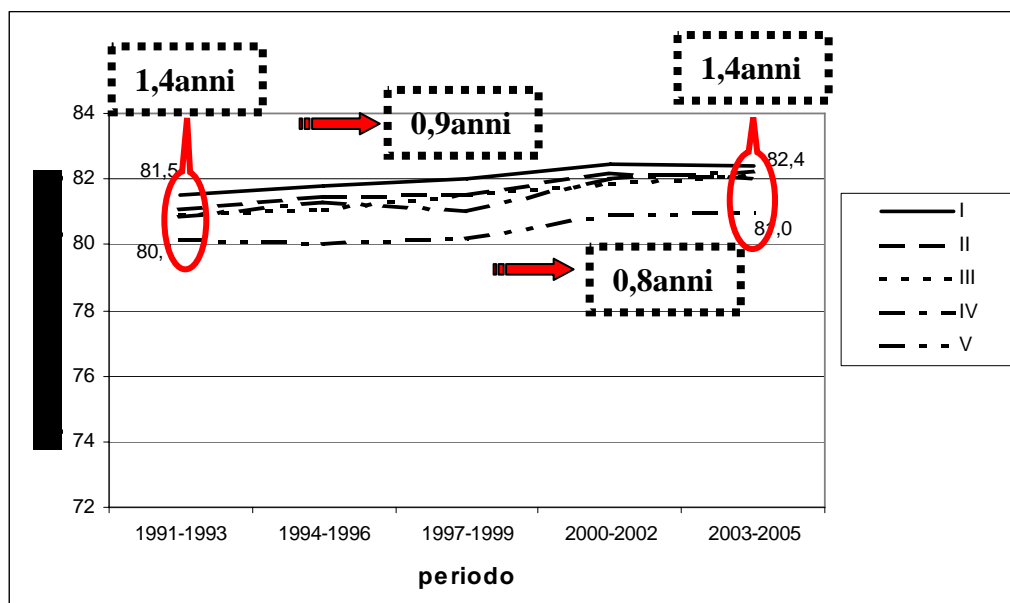
Qual è stato, in questi anni, l'impatto dei sistemi sanitari e dei fattori di rischio sulla salute della popolazione?

Tab. 6: Speranza di vita alla nascita. Maschi



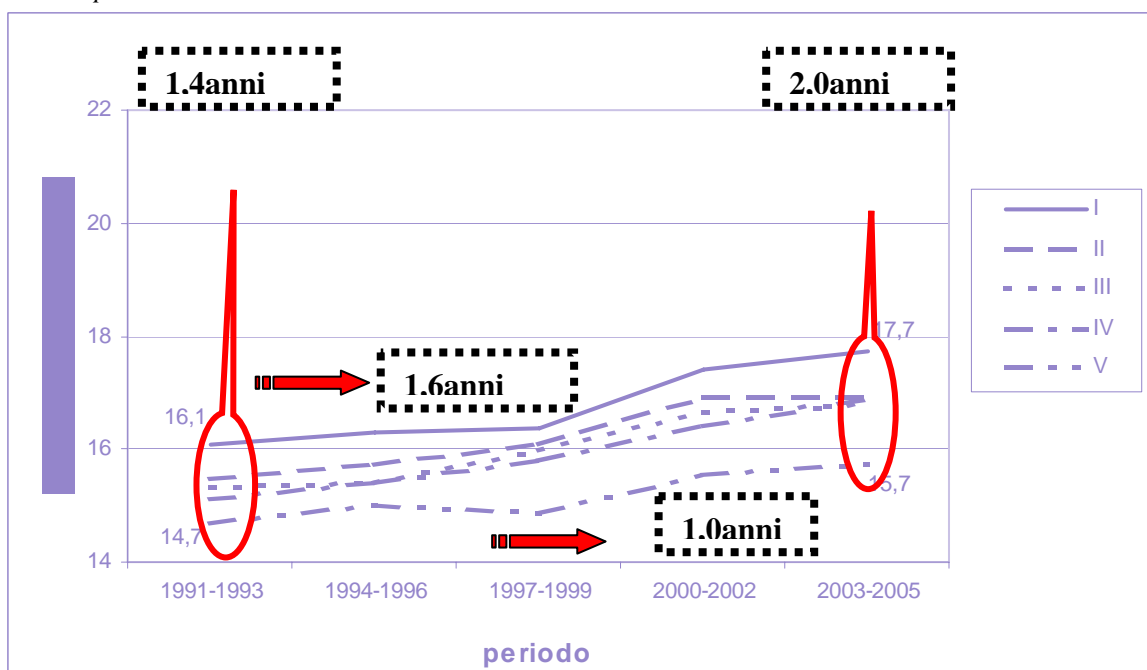
Nei maschi, la speranza di vita alla nascita è aumentata, nel livello socioeconomico più alto, da 76 a 79 anni e, nel livello socio economico più basso, da 73 a 75. Questo significa che il livello socio economico più alto ha guadagnato circa 7 anni di vita mentre il livello socio economico più basso ne ha guadagnati circa 3. Se andiamo ad analizzare la situazione in termini di differenziali vediamo che da un differenziale di circa 3,2 anni di vita, che si registrava all'inizio degli anni '90, si arriva ad un differenziale di 3,7 anni di vita nel 2005, il che significa che il gap di speranza di vita è aumentato di circa il 15%.

Tab. 7: Speranza di vita alla nascita. Femmine



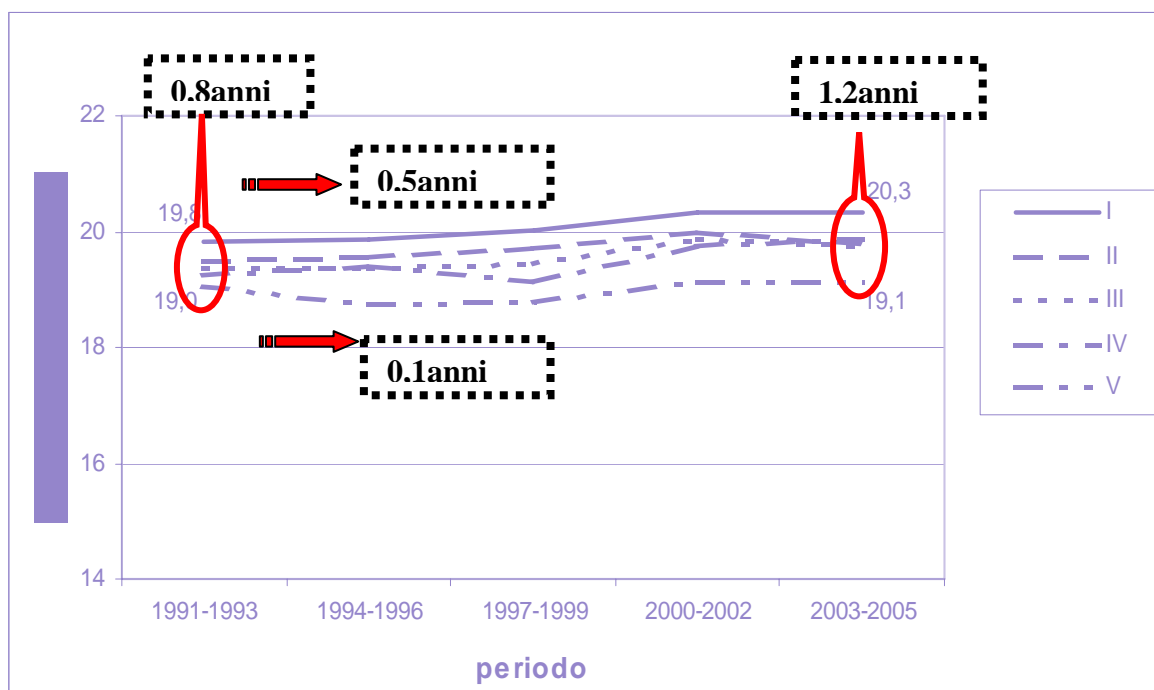
Per quanto riguarda la speranza di vita, le donne, nello stesso lasso di tempo considerato, guadagnano meno, in quanto la loro speranza di vita agli inizi degli anni '90 era di 80-81 anni e nel 2005 possiamo vedere che esse guadagnano circa 1 anno. Quindi in 15 anni mentre gli uomini hanno guadagnato mediamente 2,5 anni di vita, le donne ne hanno guadagnato meno di uno.

Tab. 8: Speranza di vita a 65 anni. Maschi



La speranza di vita a 65 anni è aumentata, nei maschi, di 1,6 anni per il livello socio economico più alto e di 1 anno per il livello socio economico basso, il che significa che, in termini di speranza di vita, il differenziale è aumentato di più di mezzo anno, oltre il 45%, e che tale aumento è stato disomogeneo a seconda del livello socioeconomico. Questo fenomeno si ripete in eguale misura sia per gli uomini che per le donne, dove il livello socioeconomico più alto ha guadagnato 0,6 anni mentre il livello socio economico più basso non ha guadagnato nulla, aumentando il gap da 0,8 a 1,2 anni.

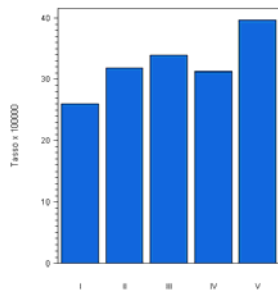
Tab.9: Speranza di vita a 65 anni. Femmine



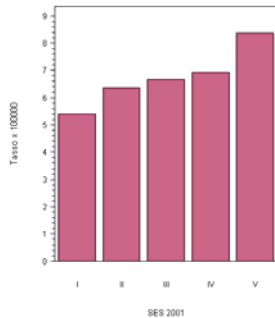
Abbiamo affrontato un altro importante argomento, nel corso della mattinata, ed in particolare l'impatto dei settori non sanitari sulla salute. Il SSN non può fare molto contro gli incidenti stradali. Il gradiente socio economico di mortalità per incidenti stradali non dipende dalle caratteristiche del SSN ma dipende soprattutto dai fattori occupazionali e di mobilità che fanno sì che i tassi di mortalità per incidente delle donne siano molto più bassi rispetto a quelli degli uomini. E' invece facile osservare come sia per gli uomini, sia per le donne, anche nella causa di morte per incidente stradale, sia possibile osservare il ripetersi del determinante socio economico che fa registrare tassi di morte più elevati per i livelli socioeconomici più bassi.

Tab. 10: INCIDENTI STRADALI: Decessi/100.000 e RR per Stato Socio Economico (SES), Uomini e Donne

--



UOMINI



DONNE

	Oss.	Tasso	RR	nvalue
SES 2001	268	25.9	1.0	.
I				
II	346	31.8	1.2	0.013
III	372	33.9	1.3	0.001
IV	342	31.2	1.2	0.023
V	438	39.7	1.5	0.000

	Oss.	Tasso	RR	pvalue
SES 2001	86	5.4	1	.
I				
II	104	6.4	1.18	0.264
III	106	6.7	1.23	0.151
IV	102	6.9	1.28	0.089
V	118	8.4	1.55	0.002

Vediamo adesso come i cambiamenti sociali hanno influito sull'aumento di alcune patologie.

Ad esempio nel dopoguerra l'aumento della propensione al fumo da parte delle donne, come simbolo di libertà, ha avuto delle gravi conseguenze sull'aumento del gradiente di mortalità per tumore polmonare.

Tab.11: Tassi di incidenza e prevalenza, per tumore al polmone. Lazio

Età (anni)	Incidenza Prevalenza (x 100.000) (x 100)		Incidenza Prevalenza (x 100.000) (x 100)	
	Maschi		Femmine	
0-14	0,1	0	0	0
15-34	0,6	0	0,7	0
35-54	30	0,05	12	0,02
55-64	190	0,28	40	0,07
65-74	442	0,88	76	0,15
75+	524		95	
Tutte le età				
Tasso grezzo	109	0,13	26	0,03
Tasso standardizzato	81	0,14	17	0,03

Standardizzazione diretta con popolazione europea come standard
 I dati di prevalenza si riferiscono alle stime prodotte per l'Italia dal progetto IARC "GLOBOCAN 2002"
 I dati di incidenza sono quelli *pooled* della banca dati dell'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRT)

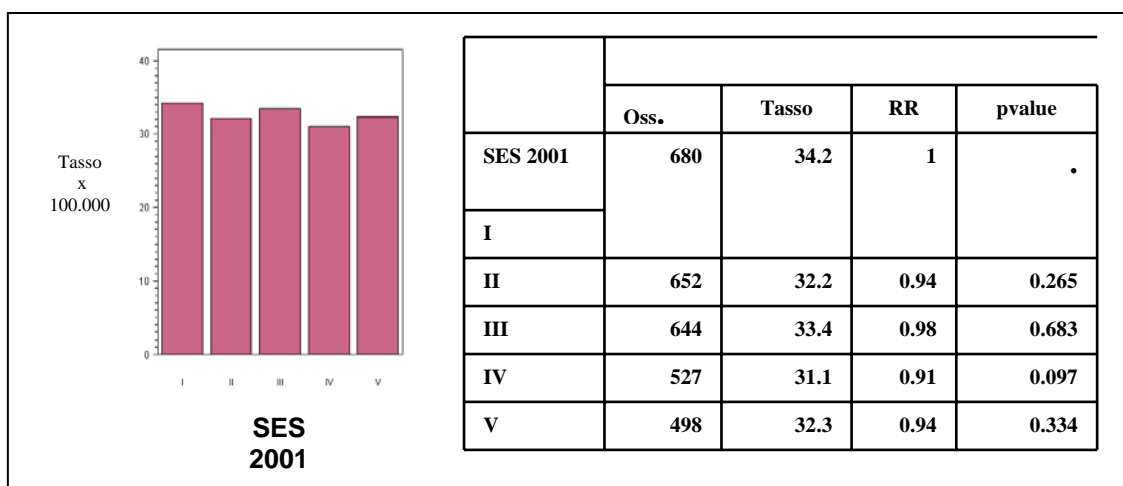
Nonostante tutto il tasso di mortalità per tumore polmonare negli uomini è molto più alto, 120 morti per 100.000 abitanti /annuo, mentre nelle donne non raggiunge mai i 30 decessi. Le donne, come dimostrano i dati del 2001-2005, muoiono relativamente poco per tumore polmonare e si evidenzia inoltre un gradiente socioeconomico inverso, cioè le donne con un gradiente socioeconomico più elevato (che si sono emancipate prima e hanno iniziato

prima a fumare) pagano l'esposizione al fumo del dopoguerra prima delle donne di livello socioeconomico basso.

Se proiettiamo i comportamenti dei fumatori nel futuro, il gradiente delle donne di un più basso livello socioeconomico si sposterà raggiungendo i tassi di mortalità dei livelli socioeconomici alti dei maschi che hanno cominciato prima a smettere di fumare. Questo vale per la mortalità e per i ricoveri ospedalieri ma non per i tumori altamente letali come il tumore dello stomaco.

Un altro importante esempio è il tumore alla mammella che ha prevalentemente colpito le classi sociali più elevate, non solo perché il livello di incidenza era più alto ma perché i programmi di screening effettuati in questo livello avevano una maggiore frequenza e copertura.

Tab. 12: Tumore della mammella, per livelli socioeconomici, 2001-2005



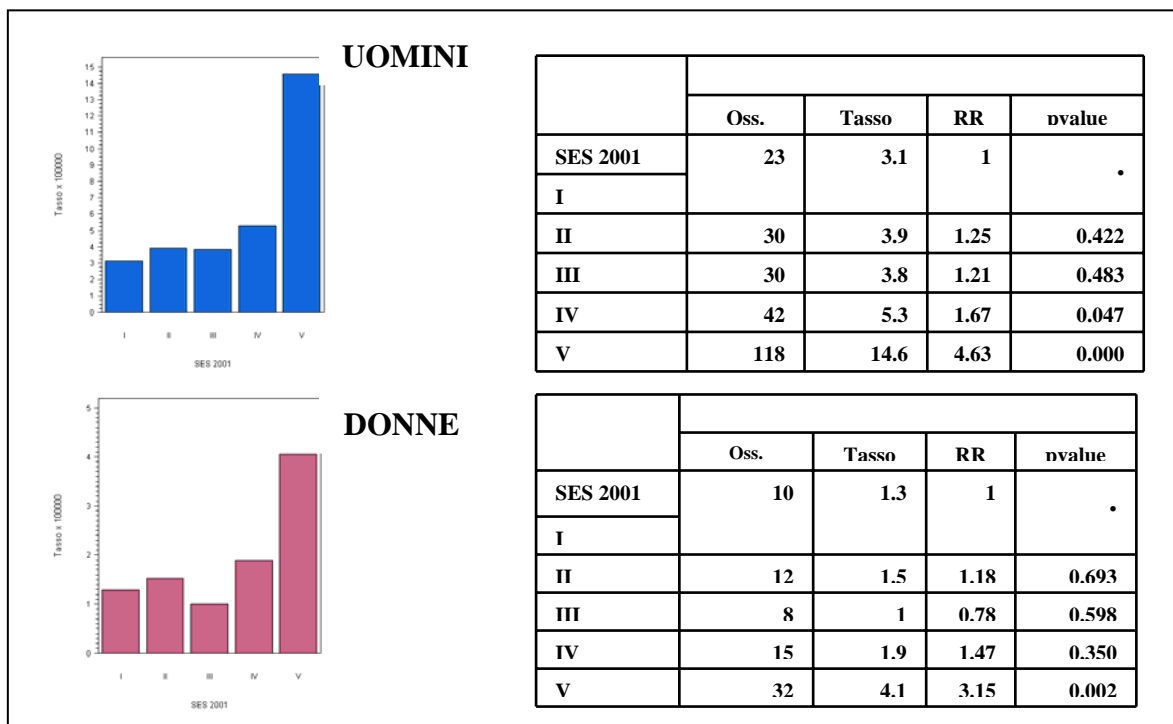
Altri esempi in cui è possibile evidenziare una differenza di reazione negli uomini e le donne è l'AIDS.

Tab. 13: AIDS: Decessi/1.00.000. Uomini e donne, Roma

UOMINI					DONNE				
QUARTIERI	Oss.	tasso	RR	p	QUARTIERI	Oss.	tasso	RR	p
Riferimento = 85	100	3.7	1.0		Riferimento = 93	35	1.0	1.0	
Centocelle	7	8.2	2.2	0.03	Partenone	2	4.3	4.2	0.04
Labaro-Grotta Rossa	3	8.3	2.2	0.16	Pietralata	1	4.5	4.4	0.14
Ponte Galeria-Maoliana	1	8.5	2.3	0.30	Corviale	1	4.6	4.5	0.13
Valco S. Paolo	1	8.8	2.4	0.38	S. Basilio	2	4.6	4.5	0.03
Trullo	8	17.5	4.7	0.00	Valco S. Paolo	1	8.6	8.4	0.03
Acilia Sud	6	17.6	4.8	0.00	Ponte Galeria-Maoliana	1	8.6	8.5	0.03
Casal Bruciato	6	18.3	5.0	0.00	Tufello	2	9.3	9.1	0.00
Tufello	5	23.5	6.4	0.00	Tor di Quinto	2	9.9	9.8	0.00
Trastevere	8	29.5	8.0	0.00	Trullo	5	10.4	10.	0.00

Coloro che muoiono di AIDS appartengono prevalentemente ai livelli socioeconomici più bassi e ad essere colpiti sono indistintamente uomini e donne. E' stato evidenziato come la mortalità per le donne di livello socioeconomico più basso sia maggiore rispetto a quella degli uomini di livello più alto.

Tab. 14: Decessi per AIDS per gradiente socioeconomico, Uomini e Donne, 2001-2005



Soffermandoci sulla sindrome coronaria acuta possiamo vedere che l'incidenza nelle donne è pari alla metà rispetto agli uomini, mentre il gradiente socio economico è molto simile.

In questo esempio, quindi, il differenziale è di tipo geografico e non socioeconomico. Inoltre, è possibile notare come a fronte dello stesso intervento chirurgico, anche nelle migliori cardiocirurgie, gli esiti sono differenti per uomini e donne mettendo in evidenza la necessità di realizzare pubblicazioni delle valutazioni di qualità delle strutture sanitarie differenziate per sesso.

Anche altre patologie, come fratture del collo del femore, schizofrenia, isterectomia, parti cesarei, IVG, disturbi alimentari, epilessia., sono soggette., come le patologie sopra esposte, alle discriminanti di genere, socioeconomiche e culturali, mettendo in evidenza differenze evidenti fra i diversi soggetti che ne sono affetti.

Valutazione di impatto sulla salute delle politiche non sanitarie: dalla VIA alla VIS

Marco Martuzzi

Scientific Officer, Organizzazione Mondiale della Sanità, Ufficio Regionale per L'Europa Centro Europeo
Ambiente e Salute, Roma

1. Premessa

L'OMS, così come altre agenzie impegnate nella promozione e tutela della salute, è impegnata a sviluppare ed applicare strumenti e percorsi per fornire supporto ai sistemi sanitari. La crescente complessità delle questioni sanitarie, il riconoscimento della natura multifattoriale dei determinanti di salute, l'importanza di approcci olistici e multidisciplinari, queste ed altre considerazioni hanno accelerato una evoluzione nelle modalità in cui questo supporto è fornito ai processi decisionali. L'uso delle evidenze scientifiche praticato ad esempio nel *risk assessment* in tema di fattori ambientali presenta alcune limitazioni legate ai vincoli posti dalla metodologia disponibile; tali limitazioni sono tanto più problematiche quanto la domanda di partenza è vicina a reali scelte di orientamenti di politiche. L'applicazione del *risk assessment* resta comunque un passo fondamentale, ma si colloca all'interno di approcci più generali, che rispondano in modo più pertinente alle domande di *policy*. Fra gli strumenti utilizzati per far fronte a queste necessità e sopperire a queste limitazioni si annovera la valutazione di impatto sanitario (VIS).

2. La VIS

Secondo una diffusa definizione (Lehto & Ritsatakis, 1999), la VIS è “una combinazione di procedure, metodi e strumenti con cui è possibile valutare una politica, un programma o piano di sviluppo, circa i possibili effetti sulla salute pubblica e la distribuzione di questi effetti nella popolazione”. La VIS è di crescente interesse. La sua potenzialità per rispondere a problemi di *policy*, il supporto che può dare alla *risk governance*, il suo contributo al miglioramento della salute e dell'equità, anche di genere, rendono la VIS uno strumento utilizzato in maniera crescente in numerosi paesi europei ed extra-europei. La VIS fornisce una naturale risposta alla crescente domanda di strumenti per promuovere il coinvolgimento del settore sanitario in processi decisionali su politiche di altri settori (ad esempio energia, agricoltura, trasporto, industria, ecc). Il potenziale di prevenzione e di promozione di salute ottenibile attraverso politiche sanitarie, infatti, non è che una piccola parte di quello complessivamente ottenibile attraverso interventi di politiche di altri settori. La crescente consapevolezza di questo fatto ha portato, fra le altre cose, allo sviluppo del tema della Salute in Tutte le Politiche, fatto proprio anche dal recente turno di presidenza EU della Finlandia (Stahl et al., 2006).

Da una quindicina d'anni a questa parte la VIS è stata ed è utilizzata regolarmente in alcuni paesi, in svariate applicazioni. Nel Regno Unito, Olanda, Svezia, Canada, Nuova Zelanda, Tailandia, ad esempio, si sono affrontati i casi del trasporto, la pianificazione urbana, le politiche abitative, la creazione di insediamenti edilizi, la costruzione di siti industriali,

inceneritori e discariche, aeroporti, dighe, infrastrutture, sistemi di tassazione energetica, politiche agricole e commerciali e molto altro. Opere di portata locale o regionale, politiche nazionali o anche sovranazionali (è in corso la VIS della politica occupazionale EU) sono state e sono oggetto di queste valutazioni. Nei paesi sopra citati, la proposta di una politica o di un nuovo insediamento industriale viene passato ex officio al vaglio della VIS, così come nuove opere o infrastrutture sono soggette per legge alla VIA. Per la VIS non sussiste, in generale, un chiaro obbligo di legge, ma la pratica è del tutto consolidata in questi paesi. D'altra parte l'articolo 152 del Trattato di Amsterdam della EU sancisce che "un alto livello di protezione della salute sia assicurato nella definizione ed implementazione di tutte le politiche ed attività comunitarie".

Con il crescente utilizzo e il crescente interesse, si moltiplicano le esperienze e si approfondisce la riflessione circa il ruolo della VIS, i suoi vantaggi e svantaggi, le condizioni che favoriscono la sua implementazione, e così via. In effetti, con l'aumentare delle applicazioni e dei soggetti interessati, si sono osservati alcuni fattori favorevoli, così come importanti vincoli ed alcune questioni aperte che richiedono attenzione (Martuzzi, 2006).

3. Sviluppo della VIS

Per quanto riguarda la metodologia, l'abbondante letteratura pubblicata in merito presenta molte varianti di un comune approccio. *Screening, scoping, appraisal, reporting, monitoring* sono le fasi riconosciute della VIS, ognuna descritta nel dettaglio in letteratura. Fra gli importanti punti di riferimento si ricordano: l'uso di modelli di salute molto ampi, intesi non solo come assenza di malattie ma anche come funzione di indicatori qualitativi di benessere e qualità della vita; l'importanza di questioni distributive e di istanze di equità, fra gruppi di popolazione variamente definiti e in merito a gruppi minoritari ad alta vulnerabilità; la flessibilità di analisi e di lavoro, il cui livello può essere commisurato alle circostanze.

Una questione particolarmente importante è legata al quadro legislativo. Per promuovere o consolidare l'uso della VIS, è possibile, come succede in alcuni paesi europei, avviare percorsi legislativi mirati alla sua diffusione. In più, sembra auspicabile applicare normative già esistenti o in corso di adozione che prescrivano atti ufficiali che possono essere ottemperati grazie alla VIS. Un esempio è la normativa esistente sulla Valutazione Ambientale Strategica (VAS), già regolamentata da Direttiva Europea e che sarà ulteriormente rafforzata dall'entrata in vigore del Protocollo UN-ECE (Economic Commission for Europe) di Kiev, che prescrive che la salute umana sia considerata parte integrante della VAS. Un simile approccio darebbe massimo risalto alle applicazioni di natura "strategica", cioè su piani e politiche piuttosto che su progetti locali, dove il potenziale di guadagno in salute è particolarmente promettente (in contrasto con il raro coinvolgimento del settore sanitario nelle fasi di pianificazione strategica).

4. Criticità

Vista l'importanza data alla VIS in Europa e in Italia, e visti gli ambiziosi obiettivi che ci si prefiggono, appare necessario esplicitare alcune sue criticità. Esistono alcune domande di natura concettuale, metodologica e applicativa.

In primo luogo, a livello concettuale, la moltitudine di applicazioni VIS non descrive una disciplina o uno strumento univocamente identificabile, ma piuttosto un campo di azione costituito da numerose componenti. La definizione riportata sopra riconosce tale molteplicità e suggerisce che la VIS sia un esercizio teso alla stima o valutazione dell'impatto sanitario, la realizzazione di un prodotto, insomma, utile al raggiungimento di dati obiettivi di *policy*. La VIS può infatti essere considerata finalizzata ad effettuare una scelta di natura politica, attraverso una la mediazione fra diverse esigenze; tali esigenze possono tuttavia entrare fra

loro in conflitto, come accade nei processi partecipativi che sono alla base della VIS, e la soluzioni di tali conflitti è di solito demandata al coinvolgimento dei vari *stakeholders*. Questa strada dà buone garanzie di trasparenza, ma può produrre scelte od orientamenti di non massima efficacia in termini di massimizzazione della salute. Sul piano metodologico, poi, esistono importanti interrogativi, ad esempio su come considerare, in una VIS, determinanti di salute incerti o deboli, ma di interesse centrale in alcune valutazioni, in presenza di altri determinanti più potenti. Un esempio tipico è quello dei fattori socio-economici, il cui noto grande potere predittivo di salute può rendere difficile comprendere e predire il ruolo di fattori di altri fattori di rischio, specialmente in presenza di possibili interazioni. Sul piano istituzionale, infine, persistono domande comuni a molti paesi nei quali l'interesse per la VIS si misura con limitazioni di risorse ed organizzative: come assegnare la responsabilità di condurre VIS di qualità? Come mettere in atto sistemi di validazione di qualità, venendo a mancare, tra le altre cose, il sostegno del processo di peer-review della letteratura specialistica? Come creare la necessaria base di *know-how* e come accreditarne i portatori?

Su tali questioni ferve in Europa e oltre un vivace dibattito; si aggiungono, poi, le domande specifiche sul trattamento della dimensione sanitaria all'interno della VAS, anche queste non banali.

5. Conclusioni

La piena condivisione di queste complessità fra i soggetti istituzionali coinvolti nell'esercizio della VIS sembra essenziale non solo per prevenire equivoci sui ruoli e le responsabilità, ma anche per trarre vantaggio dalla grande flessibilità della VIS e della VAS, in modo che esse possano essere utilizzate in modo ottimale a seconda delle situazioni. E' auspicabile che su questa base comune si costruiscano le necessarie iniziative di formazione e promozione; che si creino le condizioni istituzionali e operative per l'implementazione; che si affrontino le questioni metodologiche aperte, descritte sopra; e che si identifichino la titolarità e la responsabilità della VIS.

Valutazione dell'impatto sulla salute delle donne e strumenti di valutazione

Roberta Siliquini

Professore di Igiene, Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Torino

Simone Chiado' Piat

Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Torino

Le differenze di genere nella salute rappresentano ad oggi uno dei principali fallimenti della sanità pubblica e una indubbia urgente sfida per il futuro.

Diversi organismi e istituzioni internazionali dedicano all'argomento importanti progetti di ricerca, finanziamenti e gruppi di lavoro: tra questi l'Organizzazione Mondiale della Sanità che si è posta numerosi e ambiziosi obiettivi nella riduzione delle disuguaglianze di genere attraverso specifici programmi che vedono fortemente supportati, oltre a quelli più strettamente operativi soprattutto dedicati ai paesi poveri o in via di sviluppo, anche programmi di ricerca e di valutazione di politiche.

Infatti, malgrado l'aspettativa di vita stia crescendo in tutti i nostri Paesi, gli uomini stanno guadagnando in anni di vita 'di salute' mentre le donne stanno guadagnando in anni di vita 'di disabilità'.

Il paradosso dei tassi più bassi in termini di mortalità e più alti in termini di morbosità nelle donne rispetto agli uomini ha contribuito (e ancora, purtroppo, malgrado le numerose evidenze, lo fa) ad un dibattito tra biologi, clinici e sociologi. Queste differenze sono biologiche, sociali o entrambe? Mentre la ricerca biomedica enfatizza le differenze biologiche, quella sociale enfatizza il diverso contributo del ruolo e delle risorse di uomini e donne nell'arco della vita (Bird, 2002). Il dibattito si sta dilungando dagli anni '80. Eppure sono numerosi gli studi che hanno dimostrato come, aggiustando per tutti i fattori sociali, queste differenze scompaiano. Vi sono infatti numerose evidenze che sottolineano l'influenza del genere sulla salute:

1. aggiustando per tutti i fattori di rischio biologico noti, permangono sostanziali differenze di sesso nella mortalità (Wingard, 1984)
2. la differente percezione dello stato di salute, la diversa attitudine alla richiesta di aiuto sono responsabili dei differenziali di morbosità (Sayer, 1996)
3. controllando per income, e variabili relative allo stato di 'shock absorber' le differenze (morbosità) scompaiono (Bird, 1999)

Mentre le differenze biologicamente determinate sono universali, le differenze sociali tra donne e uomini sono derivate da ruoli sociali imposti, mutevoli nel tempo e variabili tra culture differenti (Vlassoff, 2002).

Tutte le società sono però divise lungo un asse maschio/femmina. Questo significa che quelli che cadono in uno dei due assi dell'area sono visti come differenti: differenti doveri, responsabilità e onori. Malgrado la precisa formulazione di queste definizioni cambi nelle diverse società vi è un sorprendente grado di consistenza di dati. Quelli che sono definiti come 'femmine' hanno la primaria responsabilità della gestione della famiglia, quelli definiti come 'maschi' sono più identificati con il mondo pubblico, con l'arena del lavoro e con la capacità di gestire diritti e doveri del cittadino (Doyal, 2000).

Il sesso, nella nostra società, identifica, nelle variabili sociali, il genere e ne identifica lo stato di salute.

Pochi ma significativi indicatori possono sottolineare lo stato dell'arte del problema:

- relativamente alle patologie cardiovascolari si va assistendo, soprattutto nei paesi industrializzati, ad una inversione del trend fino a pochi anni fa conosciuto: anche se il tasso di morbosità rimane più alto per gli uomini, le donne si vanno rapidamente adeguando per la sempre più crescente esposizione ai noti fattori di rischio (fumo di sigaretta, iperlipidemia, ipertensione, diabete, malnutrizione). Il dato fondamentale è, tuttavia, il maggior rischio di mortalità tra le donne;
- le donne stanno raggiungendo il primato maschile per quanto riguarda il consumo di alcol, tabacco e droghe illegali, in modo particolare tra gli adolescenti. Differenze esistono nella comorbosità psichiatrica (le donne ne soffrono maggiormente) e nel fatto che le donne dipendenti sono maggiormente a rischio di violenza.
- le malattie autoimmuni colpiscono le donne in più del 60% dei casi. La gravidanza può modificare, talvolta peggiorandolo, il quadro clinico di queste patologie. Alcune di esse (come l'ipertiroidismo) sono frequentemente associate ad infertilità mentre e molte terapie sono comunque controindicate in gravidanza in quanto teratogeniche. Anche le patologie reumatologiche sono non solo più frequenti e più invalidanti nelle donne ma anche più letali.
- le donne sono largamente più interessate da patologia psichiatrica: depressioni maggiori, disordini dell'affettività, disordini dell'alimentazione, fobie ansia e attacchi di panico.

Al fine di stimare l'effetto del genere sulla salute, verificare l'attuazione a livello internazionale di politiche di genere e verificare se le politiche attuate sono state precedute da HIA, abbiamo effettuato una analisi della letteratura internazionale sul GIA (Gender Impact Assessment) all'Unione Europea, America Latina e Australia.

I principali mezzi utilizzati sono rappresentati dalla consultazione di banche dati computerizzate (Medline), motori di ricerca su Internet, oltre alla consultazione di pubblicazioni o Atti pertinenti appartenenti alla cosiddetta 'letteratura grigia'.

Criteri di inclusione del materiale la lingua inglese, e la presenza delle seguenti parole chiave:

- Gender based analysis
- Gender and public policy
- Women health
- Gender differences
- Health policy
- Gender Impact Assessment

La ricerca ha evidenziato più di 300 lavori di 42 pertinenti.

Analizzando gli articoli selezionati nel nostro lavoro, incluso l'ultimo rapporto della OMS (settembre 2007) si è osservato come nelle principali prove di base nel campo della salute, l'uguaglianza di genere non sia adeguatamente affrontata, e le informazioni sugli impatti delle politiche sanitarie e non siano raramente disaggregati per sesso.

L'analisi di genere delle riforme nel settore sanitario, suggerisce come esse possano incidere diversamente sulle donne rispetto agli uomini a causa dei maggiori bisogni delle donne di assistenza sanitaria per le loro funzioni riproduttive, la diversa integrazione sociale e culturale, la vulnerabilità finanziaria, e la loro maggiore partecipazione come fornitori di assistenza sanitaria (e Evers Juárez, 2003, la Ford Foundation, 2003, Mackintosh e Tibendebage, 2004, Neema, 2005, Onyango, 2001, Östlin, 2005).

Le riforme del settore sanitario, le strategie, le politiche e gli interventi introdotti nel corso degli ultimi due decenni hanno avuto un successo limitato nel raggiungimento di una migliore uguaglianza di genere in salute.

Ciononostante si possono annoverare un certo numero di successi, politiche promettenti, interventi e azioni che possono servire come lezione politica importante per il futuro.

Tra queste la consapevolezza e il riconoscimento delle esigenze diverse delle donne, percorsi sanitari maggiormente orientati a promuovere l'accesso alle cure ed alla prevenzione, politiche non sanitarie ad hoc atte a promuovere parità formativa, culturale e sociale.

1. Come sensibilizzare e migliorare il riconoscimento dei problemi di salute delle donne

La mancanza di consapevolezza e i fallimenti nel riconoscere le esigenze specifiche di salute della donna sono in gran parte la causa di pregiudizi di genere. Nella maggior parte dei casi le donne hanno più bisogno di servizi sanitari rispetto agli uomini: solo parte di questa maggior necessità può essere attribuita all'uso dei servizi preventivi come i contraccettivi, screening e altri test diagnostici (Van Wijk, 1996).

Le donne hanno comunque meno accesso ai servizi sanitari rispetto agli uomini (Puentes - Markides, 1992, Taddeo e Maine, 1994, Vlassoff, 1994) a causa di una serie di ostacoli individuali, familiari, comunitari.

In primo luogo, le donne stesse, devono essere a conoscenza dell'esistenza di un problema di salute; esse tendono a guardare i problemi di salute come normali o naturali aspetti della biologia delle donne o alle pesanti attività quotidiane.

Ad esempio, alcuni tipi di patologia, come il dolore cronico, la depressione, le infezioni del tratto riproduttivo, sono così ampiamente diffusi, che sia le donne che i prestatori di cura li trattano 'naturali' (Iyer, 2005).

In secondo luogo, anche nel caso in cui le donne siano consapevoli dei propri problemi di salute, tendono a rimandarne la presa in carico per lo scarso tempo a disposizione, per l'impatto che una malattia potrebbe avere sulla gestione familiare e, in alcune culture ormai fortemente presenti nella nostra realtà, per le possibili reazioni avverse della famiglia e delle comunità di appartenenza: in alcune culture il riconoscimento dei problemi di salute ha pesanti ripercussioni sulla possibilità di costruire una famiglia (Iyer, 2005; Long, 2001; Johansson, 1999)..

Spesso, ancora, anche quando le donne e le loro famiglie riconoscono la necessità di un trattamento, le barriere sociali e finanziarie impediscono l'accesso ai servizi sanitari. (Iyer, 2005): anche in presenza di disponibilità di servizi sanitari, molte donne non sono in grado di accedere a tali a causa di una discriminazione all'interno del nucleo familiare o la concessione preferenziale di assegnazione delle risorse alle esigenze di salute di altri membri della famiglia (Lane, 1987; Ahmed, 2000).

Si instaura quindi, anche nei Paesi con i servizi sanitari più avanzati, una indifferenza verso il fattore 'genere' anche attraverso una inconsapevole progettazione delle linee di bilancio, dei sistemi di vigilanza, dei modelli di formazione del personale che non tengono conto delle necessità peculiari del genere femminile (George e al., 2005): l'utilizzo equo delle cure sanitarie è fortemente influenzato dalla disparità di genere nella società.

La letteratura internazionale (Govender - Kekana, Penn, 2007) evidenzia alcune azioni necessarie e imprescindibili per sensibilizzare i sistemi sanitari a riconoscere la salute delle donne:

1. stimolare la comprensione e lo studio delle prospettive di genere nei professionisti della salute e a tutti i livelli del sistema sanitario.
2. rimuovere attraverso le necessarie azioni politiche le barriere finanziarie, fisiche e culturali e impediscono l'accesso a una buona qualità delle cure.

2. Come migliorare l'accesso delle donne ai servizi sanitari

Fornire un'assistenza sanitaria globale ed essenziale, universalmente accessibile a tutti nella comunità e con la partecipazione delle donne, così come previsto nell'ambito dei principi

della Dichiarazione di Alma Ata sulla Primary Health Care (1978), non è obiettivo ancora pienamente raggiunto (Allotey, 2005).

Il genere femminile patisce maggiormente le disuguaglianze sociali. Se infatti non abbiamo più alcun dubbio rispetto al fatto che in qualunque società, anche in quelle in cui sono attivi Servizi Sanitari pubblici e universali, le classi più deboli culturalmente e quindi economicamente soffrono di potenziali di salute differenziali, dobbiamo altrettanto tenere in considerazione che il genere risulta essere un modificatore di effetto che deve essere tenuto in debita considerazione. All'interno delle classi sociali più svantaggiate il genere femminile è infatti più gravemente danneggiato. Basta guardare, solo a titolo esemplificativo, alle nostre società ed alle relative piramidi di età: alta percentuale di donne sole, anziane senza una propria pensione, che hanno probabilmente utilizzato i risparmi per l'assistenza al partner (Dodds, 2005).. Oppure alle nostre società e al numero di famiglie monoparentali con a carico, del genere femminile, la prole: spese spesso non adeguatamente coperte ma anche stress gestionale quotidiano. Se è vero che siamo di fronte, anche in Europa, ad un allargamento della forbice sociale, il genere femminile è quello che ne patisce maggiormente

Il genere femminile è quello che sta anche patendo maggiormente la globalizzazione per le sue implicazioni critiche riguardanti la salute riproduttiva e i diritti delle donne. La liberalizzazione e l'integrazione dei processi sono stati asimmetrici nelle classi sociali e nel genere (Grown, 2000). In alcune nostre società si tende ad attrarre investimenti esteri attraverso riduzioni competitive delle tasse e, a volte, dei diritti dei lavoratori. E' anche dimostrato che aumentati investimenti stranieri sono associati ad una 'femminizzazione' della forza lavoro. Così come esiste una 'femminizzazione' della forza lavoro tra le II generazioni di immigrati in paesi più ricchi. La deregulation degli investimenti e delle condizioni produttive ha condotto ad un peggioramento delle condizioni di lavoro (Standing, 1999). Inoltre le rapidamente mutate condizioni di impiego tra donne e uomini hanno influenzato una differente capacità di pagare i servizi: in molti casi l'aumento della capacità produttiva delle donne ha comportato la loro totale responsabilità nel pagamento dell'educazione dei figli e delle cure sanitarie (Ceewa, 2001). E ha modificato, oltretutto, in pochi anni e troppo rapidamente con gravi danni sociali, ruoli forti e presenti che la donna, in molte società, aveva nella gestione della famiglia (UNDP, 1999).

Globalmente le donne soffrono maggiormente la pressione conseguente alla crescente competitività del mercato del lavoro: insicurezza lavorativa, limitate possibilità di crescita formativa e inadeguato benefici sociali.

Anche in questo caso la letteratura ci offre alcune soluzioni, sicuramente con effetti a lungo termine:

1. Aumentare l'uguaglianza di genere nel lavoro a tutti i livelli attraverso il giusto riconoscimento della politica al contributo delle donne nei diversi settori produttivi.
2. Supportare le azioni utili a promuovere la partecipazione delle donne nel processo decisionale della politica, aumentando così la probabilità di pianificazioni genere sensibili.
3. Promuovere, sin dalla scuola dell'obbligo, curricula orientati al riconoscimento delle differenze di genere al fine di aumentare l'empowerment del singolo e, attraverso di esso, nel tempo della società tutta.

3. Come stimolare l'attenzione di tutte le politiche verso la migliore salute possibile genere specifica

Tra i cinque più importanti indici di sviluppo umano sono annoverati l'indice di sviluppo di genere e la misura dell'empowerment di genere. Si tratta di indicatori compositi elaborati al fine di superare ed ampliare l'accezione tradizionale di sviluppo incentrata solo sulla crescita economica. L'indice di sviluppo per genere GDI (relativo alle discriminazioni

fra i sessi) misura i risultati raggiunti nelle stesse dimensioni e variabili dell'indice di sviluppo umano (longevità misurata attraverso la speranza di vita alla nascita, livello di istruzione, livello di vita misurato attraverso la parità di potere di acquisto), ma tiene conto delle disuguaglianze esistenti tra uomo e donna nei risultati ottenuti.

Questi indicatori sono direttamente riferibili a politiche extra sanitarie. L'attenzione alla salute della donna deve entrare a far parte di tutte le politiche, deve essere centrale in ogni processo decisionale perché qualunque politica impatta sia sulla salute che su potenziali differenze di genere.

L'abituale "cecità" degli strumenti di programmazione e rendicontazione pubblica a questioni di genere non sarebbe tuttavia di per sé una lacuna se ciò non si traducesse in un insufficiente riconoscimento dei diversi ruoli socialmente determinatisi tra uomini e donne, delle diverse responsabilità e condizioni in cui giacciono i due generi (in termini di redditi percepiti, divisione del lavoro, pagato e non, titoli validi sulle risorse necessarie alla propria autodeterminazione ecc...) e dei diversi diritti positivi riconosciuti a quelle che sono le due componenti originarie della popolazione.

Pare quindi improcrastinabile un'attenzione particolare alla raccolta ed all'analisi di dati differenziati per genere:

1. L'attuazione di bilanci di genere (che potrebbe facilmente rendere evidente come tutte le politiche, apparentemente neutrali rispetto al genere, possano sortire effetti differenziati sulla condizione economica e sociale della popolazione femminile o maschile e illustrare quanto i nostri paesi siano ben lungi dall'aver raggiunto le pari opportunità).
2. La raccolta di dati disaggregati per sesso, che comprendono anche gli indicatori di posizione sociale (istruzione, reddito, occupazione, proprietà etc) sia da parte di singoli progetti di ricerca che delle rilevazioni sistematiche a livello regionale e nazionale.

Un buon esempio di registrazione dei dati sanitari disaggregati per sesso, genere specifici proviene dalla Svezia, dove, nel 1994, il governo ha dichiarato che una prospettiva di parità tra i sessi deve permeare tutti gli aspetti della politica del governo (Institute Svedese, 2004). A livello nazionale, una delle principali misure che sono state adottate per integrare una prospettiva di genere in ogni settore politico, comprese la salute e la ricerca, è che tutte le statistiche ufficiali sono state disaggregate per sesso.

4. Esempi positivi di politiche efficaci: la Svezia e la strategia di parità tra i sessi

La nuova politica della sanità pubblica in Svezia, entrata in vigore nel 2003, è un eccellente esempio di integrazione di genere nel quadro di un patrimonio già esistente orientato alla politica della sanità pubblica.

Il principio guida della politica 'ridurre le disuguaglianze nella capacità delle persone e mentare la libertà di scegliere la propria vita e di perseguire i propri obiettivi' è ben descritto da Ostlin (Östlin e Diderichsen, 2001).

Questa politica è, per diversi lati, unica.

In primo luogo, è stata sviluppata attraverso una Commissione composta da esperti rappresentanti di tutti i partiti politici del Parlamento svedese.

Si è proceduto attraverso l'analisi di dati di genere, specificamente raccolti, e relativi a variabili sociali, economiche, etniche e sanitarie considerando anche le differenze regionali e territoriali.

La seconda caratteristica è che a differenza della maggior parte delle politiche di salute pubblica, in cui obiettivi sono basati su malattie o problemi di salute, la politica della sanità pubblica in Svezia è indirizzata ad un più ampio contesto.

Gli obiettivi di miglioramento dichiarati sono infatti molto vari:

1. partecipazione ed influenza nella società;

2. sicurezza economica e sociale;
3. condizioni favorevoli durante l'infanzia e adolescenza;
4. sana vita lavorativa;
5. ambiente sano e sicuro e prodotti;
6. salute e le cure mediche eque;
7. protezione efficace contro le malattie trasmissibili;
8. sessualità sicura e buona salute riproduttiva;
9. attività fisica;
10. buone abitudini alimentari e sicurezza degli alimenti;
11. libertà da uso di tabacco e alcool, droghe illecite, doping, gioco d'azzardo.

L'obiettivo principale del mainstreaming di genere in Svezia è quello di affrontare le radici strutturali della parità di genere nella società.

L'attività della Commissione si esplica attraverso una attività sistematica di valutazione di genere nella progettazione e la consegna di tutte le politiche e servizi resa possibile anche da un efficace coordinamento tra i vari settori e i diversi organismi amministrativi e da un ampio consenso sociale di tutto lo spettro politico che vede il mainstreaming di genere come condizione propria di una politica democratica, inteso correttamente, di proprietà istituzionale.

In conclusione crediamo poter fare nostra la mission dello Swedish International Development Cooperation Agency (SIDA) che recita *'L'uguaglianza di genere è al centro ... Il mainstreaming della parità tra i sessi è una strategia per il raggiungimento di uno sviluppo sostenibile per tutti, sostenendo il diritto di scelta, empowerment e la fornitura di risorse. Per garantire la parità di genere, SIDA implica tutti gli esseri umani - donne, uomini, ragazze e ragazzi che sono considerati uguali e trattati in modo uguale in termini di dignità e di diritti. La discriminazione di genere è una delle principali cause di povertà, e un notevole ostacolo alla equo e lo sviluppo umano sostenibile globale'* (Sida, 2005).

Integrazione interistituzionale come necessità per l'attuazione della salute di genere in tutte le politiche

Maria Paola Di Martino

DG della Direzione Generale per i Rapporti con l'Unione Europea e i Rapporti Internazionali, Ministero della Salute, Roma

Simona Agger

Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici in sanità, Ministero della Salute, Roma

1. Il Genere nella vision della “Salute in tutte le Politiche”

Tra coloro che si occupano di salute non è ancora del tutto acquisito il riconoscimento che le differenze e le diseguaglianze di genere, sia culturali che economiche, siano tra le maggiori cause di ingiustizia nelle condizioni di salute e nell'accesso ai servizi per la salute delle donne. Questo ci porta ad approfondire e riconsiderare l'importanza del tema “**genere**” sia nella ricerca che nelle proposte di nuove e più adeguate linee di politica per ridurre le diseguaglianze, nella consapevolezza, per altro, che ciò significhi anche raggiungere obiettivi più ampi di giustizia per l'intero corpo sociale.

Vale però la pena di iniziare sgombrando il campo da quello che può anche essere un pregiudizio sull'argomento, forse favorito dal fatto che ad occuparsi di questo tema, come di quello più generale delle “pari opportunità”, sono nella maggior parte donne. E cioè che queste problematiche e l'impostazione del dibattito attorno ad esse discenda eminentemente da “interessi di parte”, da una sorta di visione partigiana al “femminile”. Domandiamoci quindi da dove viene e perché usiamo questo termine “genere”. Nelle “Guidelines for the analysis of Gender and Health” prodotta dalla Liverpool School of Tropical Medicine già quasi dieci anni fa, si riporta appropriatamente la differenza tra “sesso”, che definisce le differenze biologiche tra uomini e donne, e “genere”, che riguarda il ruolo che uomini e donne svolgono nel contesto sociale e le relazioni, che da questo ruolo derivano.

Quindi, mentre il termine “sesso” fa riferimento ad un fattore univoco, il termine “genere” è attinente a quelle caratteristiche di uomini e donne, che sono determinate socialmente e culturalmente, cioè a comportamenti, ruoli, aspettative e responsabilità che tutti gli uomini e le donne “imparano” nel contesto delle loro società. In altri termini il ruolo e le conseguenti relazioni sono costruiti socialmente e non determinati biologicamente.

Poiché tale contesto varia a seconda delle differenze che vi sono tra le società e in una stessa società si trasforma nel tempo, i ruoli e le relazioni di genere non sono essi stessi né fissi e costanti, né universali.

E' un punto di partenza importante che non si può lasciare implicito, ancor più perché dobbiamo riconoscere come non ve ne sia una generalizzata consapevolezza. E questo si riscontra sia nell'ambito della vita familiare e sociale, sia in quello istituzionale. Condividerlo significa avere chiaro che quando si parla di politiche della salute di genere si fa riferimento, pur se, naturalmente, sono tenute in conto anche le differenze biologiche tra uomo e donna, a quel complesso di differenze socialmente e culturalmente determinate/indotte, portatrici di disuguaglianze e ingiustizie in molti settori e con una provata incidenza sulla salute.

L'esplorazione e la comprensione delle diseguaglianze di genere incrementa la possibilità di capire e di introdurre policies più appropriate nei processi decisionali ad impatto

sulla salute di tutto il corpo sociale. Migliorare la salute di genere, eliminare le disuguaglianze, significa intervenire e incidere, migliorandole, sulla qualità della vita dell'intera società.

E' questo il quadro di coerenza, e la ragione di fondo, della confluenza che deve essere operata tra le tematiche della salute in tutte le politiche e della salute di genere.

Occuparsi di salute in tutte le politiche significa mettere in evidenza la necessità, ormai imperativa, di abbandonare ideologie di sviluppo, che, da lontane epoche storiche fino al presente, hanno dato e danno assoluta priorità ai fattori economici con indicatori di sviluppo parziali e risultati che spesso, si è visto, si sono rivelati pseudo positivi e hanno determinato costi elevatissimi per segmenti della società e/o in settori come l'ambiente e la qualità della vita.

Intervenire sulla salute di genere e porsi obiettivi quale quello di abbattere le disuguaglianze relative al genere, significa metter mano a quei fattori che hanno determinato, in ciascuna società e/o gruppo culturale condizioni di genere tali da creare differenze nelle condizioni di salute e di accesso alle cure, in una parola ingiustizie sociali.

Il web ci consente oggi di avere a disposizione una vasta massa di informazioni da parte di chi si occupa "sul campo" della materia. Il "Gender and Health Group", costituito nel 1995, ha diffuso, ad esempio, già nel 1998 le "Guidelines" non come raccolta di prescrizioni, ma come documento in progress, da arricchire continuamente con conoscenze ed esperienze acquisite sul campo e attraverso ricerche e studi mirati. Iniziative come quella odierna ci invitano ad essere propositivi e critici anche nel contesto internazionale.

Del resto anche in Italia le tematiche riguardanti genere e salute hanno preso significato, soprattutto negli ultimi anni, nell'ambito della ricerca universitaria e delle attività nel contesto urbano e sociale, con significativi studi, nuove proposte di pianificazione sociale, iniziative di carattere istituzionale.

Abbiamo qui tra noi relatori che da tempo si occupano di queste problematiche con una risonanza anche a livello europeo e internazionale.

2. Perché integrazione interistituzionale ?

Alcuni delle relazioni di oggi si occupano delle problematiche che ne devono sostanziare le "policies", degli impatti delle stesse e di come valutarli. Il focus della nostra relazione sono soprattutto le istituzioni.

Perché dunque parlare specificamente dell'integrazione tra le istituzioni?

La prima naturale e ovvia risposta è che ne parliamo, perché in effetti questa integrazione non c'è o non c'è nella misura in cui sarebbe necessario vi fosse.

L'obiettivo che ci poniamo quando parliamo di "salute in tutte le politiche" e di modificare profondamente le condizioni di ineguaglianza di genere, non è infatti solo importante o complesso, si potrebbe dire senza esagerazione che è epocale: si tratta di cambiare alle radici le discriminazioni di genere, come si diceva in un recente convegno promosso dal Ministero del Lavoro, (T. Treu – Convegno "Salute e differenza di genere: iniziative governative e sulle pari opportunità" Na 31-05-07). I miglioramenti, le "conquiste" che si sono ottenuti in alcuni campi, di cui parleremo dopo, non sono sufficienti a fronte di un obiettivo che ha un'ampiezza sistemica, coinvolge la struttura e i valori della società e quindi della famiglia, il mondo del lavoro, della scuola e dell'educazione in genere, e naturalmente quello della salute.

Il bisogno di integrazione interistituzionale risulta evidente proprio da un primo livello di considerazioni relativo al punto in cui si è arrivati.

Passi avanti, occorre riconoscerlo, sono stati fatti nel nostro paese ed in molti paesi europei, ma il loro impatto e la loro efficacia è stata sminuita dalla loro disomogeneità. Sono stati passi avanti disuguali tra le istituzioni e ancora di più per aree geografiche, non solo nel nostro paese, ma in generale in Europa. Prendiamo la situazione del mondo del lavoro. Sia in

ambito pubblico che in quello dell'azienda privata, la situazione di disparità fra uomo e donna è ancora pesante. L'ineguaglianza di genere è presente nelle qualifiche e nelle possibilità di carriera, nella retribuzione, nei settori di attività, negli orari.

L'evidenza maggiore, però, della necessità di un approccio sistemico, che si sostanzia proprio nell'integrazione interistituzionale, è quello della "responsabilità sociale". E' ormai da molti riconosciuto che un deciso miglioramento di condizioni di lavoro come di salute per il genere femminile deve venire da un mutamento di modello culturale. La donna è stata ed è fino ad oggi il cosiddetto "ammortizzatore" dei problemi sociali. Le carenze di servizi per l'infanzia e per gli anziani, i problemi di salute di cui le strutture sanitarie non riescono a farsi carico, finiscono per ricadere sulla famiglia e sostanzialmente sulla donna: questo è il nocciolo delle diseguaglianze di genere nel loro complesso, che trovano poi riflesso nelle differenze di genere anche nella salute. E' utile ricordare, anche se altre relazioni lo fanno più diffusamente, che la maggior longevità della donna non trova riscontro in anni di buona qualità di vita. E' provato che essa soffre di una molteplicità di problemi fisici e soprattutto è maggiormente soggetta a problemi psicologici e mentali, con una ovvia correlazione alle maggiori "usura" dovuta proprio al maggior peso familiare e sociale.

Affrontare il problema di cambiamento di un modello culturale non è un fatto settoriale, ma richiede la necessità di un lavoro corale, la collaborazione e la condivisione di obiettivi di tutte le istituzioni della società, a livello micro come macro. In effetti in passato le battaglie del femminismo hanno aperto la strada alle prime conquiste delle donne come genere, dal riconoscimento del diritto di voto a quello di una potenziale parità in ogni campo. Si tratta però ora di acquisire un'altra ottica. Si tratta di acquisire la consapevolezza che un diverso, più equo, bilancio dei "pesi" sociali porta vantaggio a tutta la società, non è solo un vantaggio per un genere a svantaggio dell'altro.

Come abbiamo già detto, il "genere" è un fatto di relazione. Ne discende che ruoli e caratteristiche di genere non esistono in isolamento, ma sono definiti uno in relazione all'altro e attraverso il sistema di relazioni uomo - donna. I ruoli e le relazioni di genere sono ineguali e gerarchici, non bilanciati. Donne e uomini non hanno in genere uguale accesso a risorse quali denaro, informazione, potere e influenza. Il modello culturale che ancora domina nella nostra, come in molte altre società, assegna fin dalla prima infanzia modelli di comportamento e comunica aspettative diverse tra i sessi, che vengono se non imposti, assimilati e accettati nel processo di socializzazione. Questo comporta anche la necessità di una crescita di consapevolezza della donna stessa che occorre modificare questo modello culturale, cominciando a mettere in esame critico, tra gli altri, il proprio ruolo di ammortizzatore sociale e il peso di due responsabilità nel mondo del lavoro e nella famiglia oppure la situazione che spesso obbliga all'esclusione dal mondo del lavoro.

Si commentano proprio in questi giorni le statistiche sulle violenze alle donne e l'aspetto più dolente rimane sempre quello delle violenze tra le mura domestiche, nel loro numero ufficiale già elevato, ma molto inferiore a quello reale, essendo ben noto il fatto che molti episodi di violenza domestica rimangono ancora non denunciati.

Ecco quindi in tutta la sua ampiezza la necessità sistemica di integrazione istituzionale: dalla scuola, all'educazione in generale, al mondo del lavoro, che include anche le forze sindacali, a quello della salute, che include anche la formazione della cultura medica, al mondo delle istituzioni urbane e territoriali, occorre avere un sostanziale contributo per accelerare lo sviluppo di un nuovo modello culturale, basato sulla democrazia e sull'equità tra generi.

3. Da dove partire?

Perché allora non cercare di darci dei metodi e degli strumenti che agevolino ed alla fine portino alla collaborazione?

Il punto di partenza è quanto sopra detto e cioè la consapevolezza della necessità di una visione sistemica e di un conseguente operare integrato istituzionale.

Il passaggio obbligato è la conoscenza.

Come ci ha spesso ripetuto lo stesso Geppo Costa tante sono le conoscenze, ma poca in effetti la letteratura che ci dia evidenza dell'impatto sulla salute di genere di politiche settoriali, soprattutto non sanitarie. Un'ipotesi è cominciare a costruire, come suggerito dal gruppo di Liverpool, quella che possiamo chiamare “matrice tridimensionale del genere e della salute”. Potremmo cioè cominciare dandoci uno strumento che ci consenta di avere compresenti gli sviluppi delle politiche quanto meno nei settori che appaiono cruciali, intersecandoli con la salute di genere. In buona sostanza, basandoci sugli assunti che:

- tutte le politiche hanno influenza sugli uomini e sulle donne
- politiche e programmi hanno un impatto diverso su uomini e donne
- sia le donne che gli uomini sono gruppi eterogenei

Lo sforzo da compiere è quello di confrontare tra loro e con le tematiche della salute di genere, le linee di policy, i programmi ed i singoli interventi, sia per la valutazione ex ante del loro impatto, sia per la valutazione ex post dei risultati.

Si tratta ovviamente di un grande sforzo di unificazione che può essere considerato un processo di avvicinamento ad una conoscenza che non sarà mai statica, ma tale sforzo ha e deve avere in parallelo lo sviluppo della consapevolezza da parte di chi decide a tutti i livelli istituzionali che, come si diceva sopra, ogni iniziativa e programma ha un'influenza diversa per genere, che deve essere presa in considerazione. Si tratta sostanzialmente di portare il genere ad essere in primo piano nella consapevolezza di tutti i policy makers, come è ben espresso dall'espressione inglese “gender mainstreaming”, per farlo divenire una parte ordinaria del modo in cui si procede in tutti i settori istituzionali, a livello locale, regionale e nazionale. La matrice potrà andare costruendosi man mano che verranno raccolti dati e si troverà evidenza a tutti i livelli istituzionali nei documenti di programmazione, così come nei regolamenti e direttive dell'attenzione agli aspetti di genere. Questo dovrà andare a contribuire alla creazione del nuovo modello, di cui si parlava sopra, nella misura in cui entreranno anche aspetti “culturali” relativi al bilancio lavoro/vita domestica, partecipazione e consultazione nella predisposizione delle politiche, misure di promozione educativa e culturale.

La creazione della “matrice tridimensionale interistituzionale ” passa attraverso il monitoraggio delle politiche esistenti e delle nuove, ma richiede anche lo sviluppo di metodologie di ricerca e l'individuazione di dati ed informazioni oggi non raccolti o non capiti e valorizzati. L'impatto che due politiche attuate in contemporanea possono avere sulla salute di genere, come la sistemica ci insegna, può essere ben diverso da quello delle due singole politiche, attuate separatamente o in tempi diversi.

Abbiamo posto un obiettivo che riconosciamo essere molto impegnativo, ma ci sembra che una cosa sia importante da acquisire: stiamo facendo lo sforzo affinché la salute divenga un aspetto di valutazione della validità e proponibilità di tutte le politiche, ma è necessario che il traguardo sia meglio finalizzato aggiungendovi la considerazione che tra gli aspetti fondamentali della valutazione va inserito da subito e trasversalmente l'aspetto del genere, sia che si tratti di politiche indirizzate ad uno specifico problema direttamente impattante sulla salute di uno dei generi, che se si tratti di politiche non sanitarie di cui può essere evidente il possibile impatto sulla salute di genere, sia infine che il possibile impatto sulla salute di genere sia indiretto e pertanto meno evidente.

4. Conclusione e proposte

Come sappiamo l'Italia, ma non è l'unico paese in Europa, sta attraversando una delicata fase di ridefinizione del proprio impianto di governo. A fronte di specifiche competenze regionali resta da esercitare con maggiore determinazione funzioni importanti che

appartengono al Governo del Paese quali il coordinamento con politiche non della salute, la definizione dei livelli di assistenza su tutto il territorio nazionale, la valutazione dei risultati degli investimenti.

Ma i nodi sensibili quali quelli dell'istruzione, dell'impiego, del supporto economico per l'uscita dall'indigenza e dello sviluppo di capacità imprenditoriali, del riequilibrio del peso rispetto a problemi quali le malattie in ambito familiare, l'assistenza a famigliari anziani sicuramente richiedono l'impegno congiunto dei livelli di governo nazionale e regionali.

Ecco quindi la prima necessità di integrazione interistituzionale, la necessità di trovare forme di governance attraverso cui l'integrazione della salute in tutte le politiche possa svilupparsi e specificamente la salute di genere sia capita ed introdotta nelle politiche che impattano nei problemi di cui sopra.

Vorremmo dare un esempio concreto di necessità di integrazione istituzionale a più livelli: il progetto "Guadagnare salute". Si tratta di un progetto ben strutturato, che delinea in modo chiaro le chiamate a corresponsabilità di altri Ministeri, delle Regioni, degli Enti locali territoriali e soprattutto noi del Ministero della Salute per la parte che ci riguarda e il ruolo che vogliamo avere. Ne parlerà diffusamente il dott. Donato Greco che ne è il promotore.

Ci preme comunque sottolineare che una campagna informativa è certo un utile avvio, ma risultati d'impatto si potranno sicuramente avere qualora si arrivi ad elaborare programmi specifici di intervento utilizzando e dando coerenza a politiche settoriali frammentate.

Un esempio positivo può venire dall'utilizzo dei Fondi Strutturali per l'Assistenza Domiciliare Integrata. Proprio alla luce di quanto sopra rilevato, il dare supporto alla famiglia per l'assistenza a persone ammalate dopo il ricovero ospedaliero e/o con forme croniche di infermità e non completa autosufficienza, si traduce nella stragrande maggioranza dei casi, nel dare sollievo alla donna, che più ne sopporta l'onere.

Le Regioni hanno avuto ed hanno a disposizione finanziamenti, sempre all'interno dei Fondi Strutturali per il supporto all'imprenditoria femminile. Non dovrebbe essere una sorpresa se si dice che troppo spesso questi fondi sono stati solo in facciata destinati allo sviluppo dell'imprenditoria femminile. Di fatto scarsi controlli e mancanza di valutazioni ex post hanno lasciato passare situazioni in cui la donna ha fatto da canale di finanziamento, diremmo quasi copertura, ad imprese "al maschile".

E' chiaro che anche in questo caso una migliore integrazione interistituzionale e l'attivazione di sistemi valutativi può portare ad un migliore uso di queste possibilità.

Per quanto riguarda poi gli ambiti urbani, riteniamo sia possibile concepire programmi e progetti che, facendo leva su un corretto uso di strumenti quali anche la finanza di progetto, cioè coinvolgendo maggiormente gli elementi più attivi del mondo privato, riescano a realizzare infrastrutture urbane e condizioni più vivibili.

A questo punto anche l'attività di informazione che può svolgere il livello nazionale, integrandosi con programmi operativi, può aiutare ad espletare la massima capacità di impatto di quanto viene realizzato.

Ed è questa la nostra proposta conclusiva per quanto attiene al nostro tema. Strumenti e Organismi operativi ve ne sono, non dobbiamo inventarne altri, ma dobbiamo renderli proattivi. Il Comitato Interministeriale Affari Comunitari Europei CIACE è un punto di riferimento, così come lo sono i Comitati per le Pari Opportunità e specificamente quello del Ministero della Salute che ha promosso questo incontro. Raccoglieremo gli atti, ne trarremo indicazioni e suggerimenti per affinare e concretizzare maggiormente i nostri obiettivi e i nostri programmi, tradurli in attività ed iniziative per l'implementazione delle quali cercheremo e conteremo su una sempre più vasta risposta da parte di istituzioni e organizzazioni.

Guadagnare salute, come proposta operativa di integrazione interistituzionale nel campo della prevenzione

Donato Greco

Direttore del Dipartimento della Prevenzione e della comunicazione, Ministero della Salute, Roma

Secondo i più recenti dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie, diabete sono responsabili della maggior parte delle morti, delle sofferenze e dei costi sanitari nel mondo.

In Italia ed in Europa questo gruppo di malattie croniche, che hanno in comune pochi principali fattori di rischio legati a stili di vita non salutari (fumo, abuso di alcol, scorretta alimentazione, sovrappeso e/o obesità, inattività fisica) è responsabile dell'86% dei decessi, del 77 % degli anni di vita in salute persi e del 75% dei costi sanitari

Non è un fenomeno associato al benessere, anzi tali patologie colpiscono maggiormente le classi sociali più svantaggiate.

Elemento comune a questi fattori di rischio che essi sono in gran parte legati a comportamenti individuali, anche se fortemente condizionati dal contesto economico, sociale ed ambientale in cui si vive e si lavora.

1. Ecco quindi che

- Malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie, diabete colpiscono maggiormente le classi sociali più svantaggiate, perché spesso le classi più istruite o con reddito più elevato possono più facilmente adottare stili di vita salutari, sono più sensibili alle informazioni per la salute, possono usufruire più facilmente di prodotti e servizi migliori.
- La cronicizzazione delle malattie causate dagli stili di vita comporta disabilità, grave sofferenze e costi insostenibili per il sistema sanitario ispirato al principio della tutela e dell'assistenza universale senza esclusioni e discriminazioni.
- Occorre un intervento "etico" per prevenire malattie e morti evitabili e per evitare disuguaglianze sociali, e un intervento "economico" per garantire in termini di spesa e di efficacia il sistema sanitario universalistico.

2. Un'emergenza prevedibile

Prevenire le malattie croniche è possibile. In molti settori esistono politiche ed interventi di provata efficacia che possono agire sui fattori di rischio, modificando i comportamenti individuali ad essi connessi, e determinare una drastica riduzione dei "killer" più insidiosi per la salute.

3. Il Programma

Guadagnare Salute è un investimento per il futuro, una sfida per la nostra società con l'obiettivo di migliorare nel breve periodo le condizioni di vita dei cittadini e nel lungo periodo, di ridurre il peso delle malattie croniche sulla società e sul sistema sanitario. Il programma ha un approccio preventivo che mira a modificare i comportamenti dei cittadini tenendo conto dei molteplici fattori non solo individuali, ma anche economici, sociali, ambientali, psicologici che sono alla base delle scelte individuali.

3.1 Un programma condiviso

“*Guadagnare Salute*”: rendere facili le scelte salutari”, promosso dal Ministero della salute e frutto inizialmente del lavoro di nove Ministeri è stato approvato dalla Conferenza Unificata nel marzo 2007 e successivamente recepito con DPCM del 4 maggio 2007.

Il programma è fondato sulla necessità dell'alleanza fra forze diverse: accanto ad interventi per informare, educare, assistere, stimolare la responsabilità individuale - affinché ogni persona diventi partner attivo della propria salute - sono indispensabili strategie intersettoriali, tra loro coordinate, per poter agire anche sui fattori ambientali e sui determinanti socio-economici che condizionano l'insorgenza delle malattie croniche, coinvolgendo soggetti, settori e responsabilità differenti a livello centrale, Regionale e locale. Il Programma, pertanto, si fonda sulla necessità di una cultura condivisa in cui la “salute” diviene preoccupazione globale del Paese e non solo del sistema sanitario.

Amministratori centrali, Amministratori locali (regioni, province, comuni), mondo della scuola, mondo del lavoro e dell'industria, professionisti della salute, operatori del volontariato, privato sociale, sono chiamati a lavorare insieme, per sviluppare sinergie per i cittadini e per trasformare le buone pratiche in interventi consolidati, mettendo in rete tutti i sistemi, tutte le competenze, tutte le responsabilità di settori diversi per promuovere la salute dei cittadini.

3.2 Le aree di azione

Il programma prevede 4 aree di azione, una per ciascun fattore di rischio, che individuano specifici percorsi sia di prevenzione che di comunicazione e puntano sul coinvolgimento di tutta la comunità

3.3 Le azioni in corso

L'Italia sta già andando nella direzione giusta, attraverso l'adozione di misure diverse che hanno portato ai primi risultati positivi. Leggi (si pensi alla tutela dei non fumatori dal fumo passivo, intervento “evidence based” che ha avuto un impatto importante anche sui fumatori), programmi e piani regionali, interventi integrati tra più attori a livello di comunità locali, hanno dato luogo a positive esperienze di lavoro in rete.

Il Piano Nazionale della Prevenzione, previsto dall'Intesa del 23 marzo 2005, ha attivato tutte le Regioni su prevenzione cardiovascolare, screening tumorali, prevenzione dell'obesità, gestione e prevenzione del diabete, tutti temi di assoluta centralità per il paese.

3.4 La Piattaforma

Con DM del 326 aprile 2007, presso il Ministero della Salute è stata costituita la “Piattaforma nazionale sull’alimentazione, l’attività fisica e il tabagismo” con il compito formulare proposte ed attuare iniziative, in coerenza con il Programma “Guadagnare salute” per favorire, in tutta la popolazione, una sana alimentazione e una maggiore attività fisica, nonché per contrastare l’abuso di alcol e ridurre il fumo di tabacco, allo scopo di limitare il rischio di numerose malattie e migliorare la qualità della vita. Tale tavolo tecnico è composto da rappresentanti delle Amministrazioni centrali interessate, delle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, delle Associazioni di categoria della filiera alimentare, delle Associazioni dei consumatori e delle Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale.

3.5 Il protocollo d’intesa con il Ministero della Pubblica Istruzione

Il Ministero della Pubblica Istruzione e il Ministero della Salute con il Protocollo d’Intesa siglato il 5 gennaio 2007, si sono impegnati a definire strategie comuni tra salute e scuola e a realizzare un programma d’interventi, che impegni il sistema scolastico ed il sistema sanitario per la prevenzione di patologie croniche e il contrasto di fenomeni tipici dell’età giovanile.

3.6 Protocolli con le Associazioni

Il 3 maggio 2007, alla presenza del Presidente del Consiglio Romano Prodi, si è avuta la firma di protocolli d’intesa tra il Ministro della Salute ed i rappresentanti di 22 organizzazioni appartenenti al mondo delle imprese, del sindacato e dell’associazionismo. Tra questi soggetti vi rientrano le Associazioni di categoria rappresentative della filiera alimentare che nell’ambito delle loro specifiche competenze, possono svolgere un ruolo fondamentale nel favorire i comportamenti salutari, orientando l’offerta e promuovendo tipologie di alimentazione in linea con le raccomandazioni citate, soprattutto di quei prodotti e diete che richiedono una particolare consapevolezza dei consumatori per i possibili effetti sulla salute. Tali Associazioni si impegnano a definire sostenere e realizzare un programma di interventi per il conseguimento di obiettivi specifici tra cui:

1. promuovere la disponibilità e la diffusione dei dati sull’alimentazione e sui consumi alimentari della popolazione e sulle relazioni con la condizione di obesità e sovrappeso
2. sviluppare la ricerca tecnologica per innovazioni di prodotto
3. sostenere politiche commerciali orientate a favorire nei consumatori comportamenti salutari attraverso interventi sulle dinamiche dell’offerta (tipologia di prodotti, prezzi);
4. promuovere la diffusione e l’applicazione dei codici di autoregolamentazione della pubblicità approvati a livello nazionale ed internazionale;
5. sostenere strategie per promuovere un aumento dei consumi di prodotti ortofrutticoli freschi, anche attraverso una ottimizzazione dei canali di distribuzione, ivi compresa una migliore offerta nella distribuzione automatica;
6. sviluppare il rapporto fiduciario con i consumatori, fornendo al pubblico, nel rispetto delle vigenti regole comunitarie sull’etichettatura dei generi alimentari, informazioni coerenti e comprensibili sul contenuto nutritivo degli alimenti che consentano di effettuare scelte alimentari informate e oculate;
7. stabilire criteri di valutazione e misurazione dell’efficacia delle iniziative e delle azioni intraprese e strumenti di verifica dell’implementazione degli accordi presi.

Politiche di genere e valutazione della salute: il lavoro della Rete

Giuseppe Paruolo

Presidente dell'Associazione Rete Italiana Città Sane-OMS, Assessore alla Salute e Comunicazione del Comune di Bologna

Buon giorno a tutte e a tutti. È con vero piacere che oggi partecipo a questo seminario sulle politiche di genere e la salute, seminario che con i suoi interventi precedenti ha già fornito una serie di spunti e suggerimenti veramente condivisibili ed interessanti, al punto da spingermi a modificare in presa diretta le slides che mi ero preparato.

Vorrei partire dall'attività della Rete delle Città Sane, un movimento spontaneo che nasce dagli indirizzi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), di cui condivide gli obiettivi e le azioni.

La Rete raccoglie Amministrazioni locali convinte della priorità di investire nella salute, anzi di ritenere la salute dei propri cittadini un elemento centrale di tutte le politiche. Anche questo è un modo di riprenderci, come Comuni, il ruolo che ci spetta sul terreno della salute, dopo anni e leggi che hanno collocato opportunamente altrove la gestione della sanità, ma provocando un allontanamento inopportuno dei Comuni da questi temi. Ai Comuni spetta un ruolo primario di indirizzo e coordinamento sulle politiche sanitarie, e naturalmente le amministrazioni locali possono giocare un ruolo da protagonisti sul terreno della prevenzione e della salute.

Per questo la Rete sostiene e promuove l'idea di una Città Sana, intesa come città che pianifica e decide mettendo la salute al centro delle priorità, e facendo rete sia a livello locale (ad esempio con tavoli intersettoriali e interistituzionali) che a livello nazionale, tramite lo scambio di buone pratiche e la condivisione di linee politiche di indirizzo e di attività. L'azione si concretizza nell'individuazione di buone pratiche riproducibili e diffondibili a livello locale e nazionale e determinanti di salute adeguati, in una campagna di sensibilizzazione dei cittadini e di chi li amministra, cercando di modificare con la partecipazione attiva di tutti i soggetti pubblici e privati, il concetto stesso di salute pubblica, che può e deve diventare veramente cura, salute e benessere dell'intera popolazione.

In questo contesto, la VIS (Valutazione di Impatto sulla Salute) può arrivare ad essere uno strumento fondamentale. La VIS è individuata dall'OMS come una delle priorità della IV° fase: ragionare in termini di salute, valutando l'impatto che hanno su di essa le scelte politiche delle amministrazioni, è un passo avanti importante per orientare le politiche della salute stesse. È necessario però fare un passo avanti e passare dal concetto ideale all'azione concreta, per evitare il rischio di astrattezza: è importante creare schemi applicativi concreti e facilmente replicabili in più e differenti contesti. Alcuni esempi di concretezza oggi illustrati possono essere una valida dimostrazione di quanto sto dicendo.

Venendo specificamente alle politiche di genere, anche qui è importante raccogliere le buone pratiche presenti. Per esempio anche, e parlo di uno strumento di programmazione sanitaria dell'Emilia Romagna che sicuramente esisterà con altre denominazioni in tutta Italia, nel PPS (Piano per la Salute di Bologna) individuare i determinanti di salute su cui misurare l'efficacia delle azioni progettuali attuate, redigere un bilancio di genere, ma soprattutto promuovere e sostenere la partecipazione attiva delle donne nella definizione delle politiche per la salute.

Nel percorso verso un bilancio di genere, è importante partire raccogliendo dati differenziati per genere per comprendere appieno la situazione. Riprendendo l'esempio di Bologna, vi riassumo brevemente alcuni dati che sono riportati in un'altra presentazione, che non vi illustrerò per motivi di tempo, ma che è a vostra disposizione, e che evidenziano una prevalenza femminile nella popolazione bolognese, con un'alta percentuale straniera. La prevalenza femminile si accentua con l'avanzare dell'età, 2 ultraottantenni su 3 sono donne. Aumenta il numero delle donne non sposate o divorziate e una donna su cinque vive sola. Anche Bologna segue il trend positivo delle nascite, con un leggero aumento, dovuto sicuramente anche alla presenza di numerosi immigrati nel territorio bolognese; un bambino su cinque, infatti, ha almeno un genitore straniero. L'età media delle donne che hanno figli è intorno ai 33 anni, e anche qui si conferma un dato emerso già nelle altre relazioni. La speranza di vita per le donne è sempre superiore a quella per gli uomini anche se in realtà i dati dimostrano che gli uomini hanno guadagnato più anni rispetto alle donne (+6,8 contro i +5,7). Le donne si ammalano di meno di tumori (grazie agli screening) e di malattie cardiocircolatorie e sono meno coinvolte in incidenti stradali (1 su 5). Anche professionalmente esiste un trend in crescita: più donne diplomate e laureate, maggioranza femminile fra i medici e gli avvocati e forte presenza nel mercato del lavoro. Nel mondo del lavoro la presenza femminile è predominante nel lavoro subordinato (il Comune di Bologna ne è un esempio). Anche negli organi politici comunali la rappresentanza femminile è in crescita.

Esaminiamo ora le politiche di genere e poniamoci una domanda. Quali fattori sono più importanti per promuovere oppure ostacolare la promozione delle politiche di genere e le pari opportunità?

È evidente l'importanza delle politiche di pari opportunità per accelerare lo sviluppo e ridurre la povertà della società.

Si può vedere la cosa sotto due diversi punti di vista: quello della giustizia di avere in effetti pari opportunità fra generi, nella vita come nella salute. Oppure si può pensare che un impatto sulla salute con una differenza sul genere costituisca un evidente squilibrio che non va a danno solo della popolazione femminile, ma che diventa un problema dell'intera popolazione. Ecco dunque che la VIS potrebbe dimostrare che è la salute di tutta la collettività a risentire della mancanza di pari opportunità dal punto di vista della salute.

Occorre poi onestamente riconoscere che in Italia, purtroppo, capita sovente che venga tollerata una certa distanza fra le parole e i fatti. Capita in campo fiscale, sul codice della strada, nelle pari opportunità in termini di censo, ed anche nelle pari opportunità in termini di genere. A parole tutti concordano sull'importanza di pagare le tasse, rispettare i limiti di velocità, garantire gli stessi diritti al figlio di operai e a quello di avvocati, e che debba essere garantita la pari opportunità ad uomini e donne. Ma poi non è facile tradurre tutte queste affermazioni di principio in fatti, e da questo punto di vista le quote rosa sono il riconoscimento di questo divario e della necessità di forzare l'applicazione concreta dei principi espressi.

Torniamo allora alla VIS e proviamo a pensare alla possibile utilità di una VIS orientata alle pari opportunità di genere (che potremmo chiamare VISG). Potrebbe essere sicuramente utile per valutare l'efficacia delle politiche generali sulla salute di genere. E poi per misurare l'efficacia delle politiche di genere sulla salute di genere. Infine per valutare l'efficacia delle politiche di genere sulla salute complessiva della popolazione, anche alla luce dei concetti espressi in precedenza.

Di più: la VIS può essere un'opportunità per valutare in maniera il più possibile oggettiva le priorità. Faccio un esempio: le graduatorie per accedere ai nidi. In base a cosa possiamo decidere se dare la preferenza ad una madre sola o ad una madre sposata ma con un figlio diversamente abile? Qual è il carico più duro da sopportare, quali le difficoltà? Si potrebbe valutare l'impatto in termini di salute delle due diverse situazioni, ed assumerlo come un criterio per andare a definire i punteggi.

E ancora: la VIS può essere utile come parametro di confronto tra modelli di welfare. Ad esempio, se confrontiamo il rispetto delle pari opportunità nel welfare del Nord Europa, che delega fortemente l'assistenza allo Stato, con quello dei paesi mediterranei come l'Italia dove la famiglia ha un ruolo molto più ampio, dovremmo concludere che il loro modello è migliore del nostro. È chiaro però che non basta il solo parametro del genere per trarre una conclusione di questo tipo, ma soprattutto dovremmo chiederci quali correttivi si potrebbero adottare e quale impatto sulla salute e sulle differenze di genere potrebbero avere. Forse così scopriremmo che anche il nostro modello presenta dei punti di forza e che le differenze sulla salute di genere potrebbero essere colmate correggendolo, ma senza dover assumere come riferimento assoluto il modello nordeuropeo.

È evidente quindi che ci troviamo di fronte uno strumento dalle grandi potenzialità, e che l'applicazione della VIS alle differenze di genere presenta un grande interesse. A questo punto, cosa può - e vuole - fare la Rete delle Città Sane sulla VISG? Lavorare insieme per individuare parametri condivisi, suddividere i temi ed i dati in base alla casistica e alla tipologia, cercare di mettere a punto uno schema semplificato di VISG che, senza la pretesa di essere risolutivo ed esaustivo, sia però facilmente replicabile e trasferibile, e che ci consenta di iniziare a sperimentare in modo concreto questa opportunità. Sarebbe bello poi presentare su questo tema un progetto che veda la presenza delle città insieme al Ministero della Salute, per portare nel concreto la sperimentazione ed il confronto.

Con questa proposta concludo il mio intervento, anche se in realtà esso continuerà virtualmente nel pomeriggio con le relazioni di tutti i Comuni della Rete che partecipano con le loro relazioni a questo seminario: Torino, Milano, Firenze, Modena, Foggia e Roma.

Parte Seconda

**Interventi programmati:
Presentazione delle esperienze degli Enti territoriali**

La valutazione dello stato di salute e dei bisogni socio sanitari attraverso l'osservazione epidemiologica: le differenze socio economiche e di genere

Antonello Antonelli

Osservatorio Epidemiologico Regionale, Regione Sardegna

Che rapporto che esiste tra salute e disuguaglianze socio-economiche e/o di genere? Esistono delle differenze nella tutela della salute e nel carico assistenziale che ne consegue? Come evidenziare queste disuguaglianze ove presenti?

1. Premessa

Le disuguaglianze socio-sanitarie originano dalle incongruenze che esistono tra le dimensioni morali della cura della salute e le dimensioni morali delle politiche economiche e sociali che influenzano l'esercizio del diritto alla salute di ogni essere umano.

Il superamento delle disuguaglianze nella salute è stato obiettivo dell'OMS che, fin dal 1980 aveva convinzione che la salute dell'intera specie umana fosse un obiettivo pratico raggiungibile e condiviso dai governi dei paesi avanzati. Il programma d'interventi promosso dall'OMS, infatti, fu accompagnato dallo slogan "Salute per tutti nell'anno 2000". Nel 1990, tuttavia, l'OMS fu costretta a modificare lo slogan in "Salute per tutti nell'anno 2020", e nel 2000 in "Salute per tutti entro il XXI secolo".

Questa regressione del processo avviato dall'OMS per rimuovere l'iniquità nella salute e nel suo governo, è correlata al fatto che nei paesi ricchi è andata gradualmente strutturandosi la percezione della salute soprattutto come "spesa". La salute, in altre parole, ha perduto la propria connotazione di diritto universale e superiore, diventando una variabile del sistema finanziario.

Questa tendenza è stata rivista alla luce di quanto emerge nel pensiero economico degli ultimi anni, in cui si è valorizzato il concetto di "Salute" come presupposto del rilancio economico della società. Infatti, già a partire dal 2001 con la classificazione ICF dell'OMS, ci si propone di migliorare la salute di un individuo, o di una popolazione, non solo con azioni mirate a ridurre la mortalità prematura dovuta a malattia o traumatismo, ma anche a migliorare le capacità funzionali degli individui, in relazione ai vari livelli di disabilità nei quali si potrebbe trovare: in tal modo si accresce la possibilità per ognuno di vivere la propria vita pienamente e come membro della società e partecipare fattivamente ai processi economici e produttivi.

Le disuguaglianze tra paesi ricchi e paesi poveri si stanno accentuando sia su un piano monetario, sia su quello più propriamente biologico (differenziali per genere, età, razza ...) ed anche all'interno dei singoli stati sono sempre più le evidenze di come ampie fasce di popolazione vedano diminuire, in ordine a variabili di tipo socio-demografico, l'opportunità di raggiungere la propria potenziale aspettativa di vita. Le maggiori conseguenze sono per le fasce più deboli della popolazione e non solo per deprivazione materiale o differenziali strutturali nell'accesso ai servizi sanitari, ma anche per ragioni sociali e culturali: la mortalità neonatale, ad esempio, è correlata soprattutto al livello culturale della madre. Altri fattori alla

base dell'iniquità nella salute sono il valore che la collettività e i singoli attribuiscono alla salute stessa e alla solidarietà. Inoltre la condizione femminile in ben definiti contesti geografici e socio-culturali, ma anche in molti paesi industrializzati, è discriminata rispetto agli uomini a causa della relativa inadeguatezza dei servizi sanitari e sociali a garantire loro il livello potenziale di salute che potrebbero raggiungere.

Le evidenze epidemiologiche degli ultimi anni mostrano un accentuarsi dei differenziali nella salute e, in questo contesto, vi sono evidenze di un peggioramento per il genere femminile:

- trend di mortalità;
- accesso alle prestazioni sanitarie erogate;
- morbosità per patologie cronico-degenerative;
- condizione socio-demografica.

I forti scarti che si registrano tra l'incidenza di molte patologie tra uomini e donne e la loro evoluzione temporale indicano chiaramente che le differenze non sono riconducibili solo a fattori strettamente biologici (genere) ma anche alle diverse condizioni di lavoro, agli obblighi socio-culturali, ai vincoli quotidiani e agli stili di vita. Come è noto, l'aspettativa di vita delle donne è molto più lunga di quella degli uomini, ma il prezzo che le donne pagano per questo apparente privilegio resta alto: infatti, Nel 1954, l'ISTAT stimò che la speranza vita all'età di 65 anni era di circa 15 anni per gli uomini e 20 anni per le donne, ma che la speranza di vita in buone condizioni di salute era superiore per gli uomini. In altre parole, una quota elevata di donne anziane vive in condizioni di non autosufficienza o in condizioni di salute precaria. Le donne con oltre 75 anni in cattive condizioni di salute che vivono sole sono il 23%, mentre gli uomini in cattive condizioni di salute che vivono soli sono soltanto il 7%. Le donne anziane rappresentano una fascia particolarmente svantaggiata, che cumula lo svantaggio dell'essere in cattiva salute con quello della solitudine. Le donne, inoltre, sono più esposte, rispetto agli uomini, a patologie croniche, alcune gravemente disabilitanti (artrite reumatoide, sclerosi multipla, depressione, Alzheimer, ecc.).

L'indagine ISTAT del 2001 ha stimato che nella popolazione femminile italiana le persone disabili sono il 6%, mentre in quella maschile sono il 4%. Inoltre, occorre considerare il carico che il genere femminile deve sopportare per la cura e l'assistenza, a vario titolo, di pazienti nella propria cerchia parentale (genitori, mariti, figli . . .) oltre alle competenze proprie del ruolo lavorativo, familiare e sociale in senso più esteso.

Dal momento che le strategie necessarie per dare idonee risposte assistenziali e sociali agli anziani non autosufficienti e alle persone affette da patologie croniche disabilitanti o da disabilità più o meno grave hanno costi elevati e che tali strategie mal si conciliano con le politiche di contenimento della spesa sanitaria attuate nella gran parte dei paesi avanzati (Italia compresa), la persistente insufficienza dei servizi in questi vitali settori rappresenta, in realtà, un'iniquità che penalizza prevalentemente il diritto alla salute delle donne.

2. Contesto

Nella Regione Sardegna, i recenti strumenti di programmazione volutamente parlano di integrazione socio-sanitaria e si evidenzia come: “. . . il Piano dei servizi sociali e sanitari definisce e organizza un sistema di servizi ed interventi che mette al centro la persona e le famiglie, valorizza le risorse delle comunità locali, promuove l'esercizio dei diritti di cittadinanza”, volendo mantenere un filo conduttore comune che unisce i due aspetti dei servizi alla persona: quello sociale e quello sanitario. Le disuguaglianze nella salute, nell'accesso ai servizi sanitari e nel carico sociale dell'assistenza territoriale sono, pertanto, una delle problematiche da affrontare per minimizzare il più possibile le disuguaglianze.

3. Obiettivi

Tra le azioni poste in essere su tali problematiche si vogliono valutare ed evidenziare le differenze di genere :

1. nello stato di salute e nell'accesso ai servizi sanitari ed alle prestazioni erogate;
2. nel carico assistenziale e nel ricorso ad interventi di sostegno socio-sanitario.
3. Individuare e monitorare un panel di indicatori da proporre come modello di valutazione e monitoraggio degli interventi in ambito socio-sanitario.

4. Fonti dati e indicatori

Obiettivo 1:

- Sanitari
Mortalità, ricoveri, specialistica ambulatoriale
- Non sanitari
Rilevazioni Istat disponibili (Censimento, Multiscopo)

Rimane una zona d'ombra conoscitiva che è relativa agli interventi in ambito sociale e socio-sanitario. L'ipotesi di lavoro in tale direzione è, in una fase iniziale, recuperare informazioni dalle pratiche attuative di determinati dispositivi di legge in vigore nella regione, con analisi delle informazioni desumibili dalle pratiche inoltrate ed inerenti i seguenti dispositivi di legge:

- LN 21 maggio 1998, n° 162 “Modifiche alla legge 5 febbraio 1992, n° 104, concernenti misure di sostegno in favore di persone con handicap grave”;
- LR 25 novembre 1983, n° 27 “Provvidenze a favore di talassemici, degli emofilici e degli emolinfopatici maligni”;
- LR 30 maggio 1997, n° 20 “Nuove norme inerenti provvidenze a favore di persone residenti in Sardegna affette da patologie psichiatriche. Modifiche e integrazioni alla LR 27 agosto 1992, n° 15 concernente: Nuove norme inerenti provvidenze a favore degli infermi di mente e dei minorati psichici residenti in Sardegna”;
- LR 8 maggio 1985, n° 11 “Nuove norme per le provvidenze a favore dei nefropatici”;

Inoltre, in linea con i presupposti indicati in precedenza, la Regione Sardegna ha istituito il Fondo Regionale sulla Non Autosufficienza (Finanziaria 2007): un insieme di programmi, in gran parte già operativi, a sostegno delle persone non autosufficienti e di chi vive accanto a loro e se ne prende cura. Questo ha la finalità di assicurare risposte assistenziali immediate e personalizzate alle persone in condizioni di bisogno; creare opportunità di occupazione, diffusa e regolare e promuovere il valore sociale del lavoro di cura. Si sono definiti alcuni programmi specifici:

- *Ritornare a casa* con l'intento di favorire il rientro nella famiglia o in ambiente di vita di tipo familiare delle persone attualmente inserite in strutture residenziali a carattere sociale e/o sanitario; promuovere la permanenza delle persone non autosufficienti nel proprio domicilio.
- *Istituzione rete pubblica delle assistenti famigliari* (“badanti”) con la costituzione di registri pubblici delle assistenti famigliari per favorire l'incontro tra domanda ed offerta e iniziative volte a migliorare la qualità dell'assistenza offerta dalle assistenti familiari (formazione).
- *Domotica* per la promozione e diffusione di tecnologie avanzate nei contesti abitativi.

5. Prospettive

1. definire, progettare ed avviare azioni nuove sul versante dell'approccio metodologico per l'analisi delle disuguaglianze socio-economiche ed in particolare di genere;
2. rafforzare ed integrare le azioni di gemellaggio, favorendo la trasversalità degli interventi delle amministrazioni offerenti e lo scambio delle esperienze tra beneficiarie;
3. pianificare di concerto le azioni future.

La valutazione dello stato di salute e dei bisogni socio sanitari attraverso l'osservazione epidemiologica: le differenze socio economiche e di genere

Achille Cernigliaro, Sebastiano Pollina Addario, Salvatore Scondotto,
Dipartimento Osservatorio Epidemiologico, Assessorato Sanità, Regione Sicilia
Giulia Cesaroni, Gabriella Dardanoni, Francesco Forestiere, Carlo A. Peducci
Dipartimento di Epidemiologia ASL Roma E

Il Dipartimento Osservatorio Epidemiologico della Regione Siciliana è una struttura di sanità pubblica di livello regionale che ha tra i suoi compiti principali quello di promuovere adeguati strumenti di osservazione epidemiologica per il monitoraggio dello stato di salute della popolazione e dei relativi determinanti. Esplica quindi una funzione estremamente concreta di supporto per la programmazione sanitaria regionale. In quest'ottica il dato epidemiologico è utilizzato in funzione del controllo dei problemi rilevanti di salute nel territorio e a supporto degli interventi di sanità pubblica.

Anche grazie ad alcuni progetti promossi dal Ministero della Salute, tra cui il progetto PON ATAS e il progetto AGIRE, nell'ambito dei quali sono state avviate attività rispettivamente di assistenza tecnica e di gemellaggio tra il Dipartimento Osservatorio Epidemiologico della Sicilia con il Dipartimento di Epidemiologia della ASL Roma E, in questi ultimi anni è stata rafforzata la piattaforma informativa regionale, con particolare riguardo al potenziamento dei flussi informativi di mortalità e di morbosità, alla possibilità d'integrazione e georeferenziazione della basi dei dati e al potenziamento delle infrastrutture informative a livello locale.

La piattaforma informativa è costituita dal flusso informativo dei dati correnti sulla mortalità (basato su dati ISTAT e sul Registro Nominativo delle Cause di Morte) e sulla morbosità. Per quest'ultima viene utilizzata principalmente il flusso informativo dei ricoveri ospedalieri (SDO), ma anche quello dei certificati di assistenza al parto (CEDAP), delle Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali, del consumo dei farmaci ma anche delle fonti riguardanti le anagrafi sanitarie degli assistiti e le informazioni rilevate nell'ambito dei censimenti ISTAT.

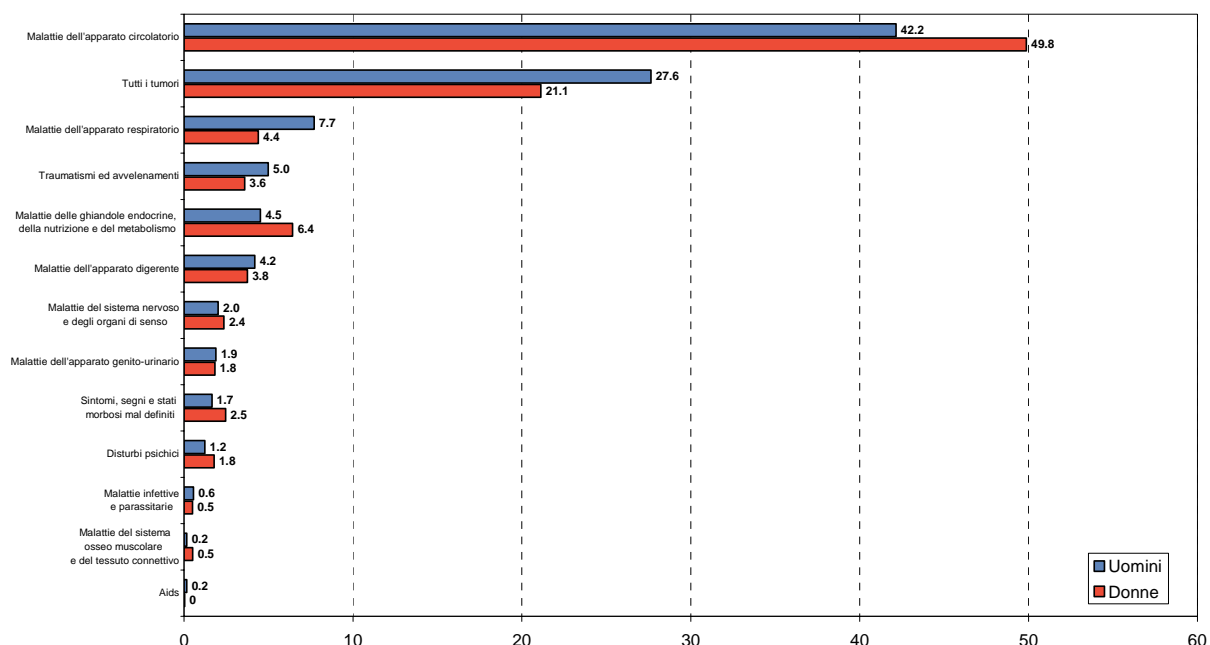
Ai flussi informativi correnti si affiancano anche i registri di patologia costituiti dai registri regionali dei mesoteliomi e dei tumori tiroidei, ma anche dai registri territoriali dei tumori che rappresentano un ottimo sistema di sorveglianza dell'incidenza di alcune patologie nel territorio. Infine alcune indagini ad hoc, tra cui quelle volte al monitoraggio dello stato di salute delle popolazioni residenti in prossimità di fonti di inquinamento ambientale quali le aree industriali e le città.

Infine le survey campionarie su particolari gruppi di popolazione come ad esempio i bambini e i diabetici, ed il sistema di sorveglianza PASSI che permette di monitorare costantemente i fattori di rischio comportamentali nella popolazione residente.

Relativamente alle esperienze nell'utilizzo di strumenti e metodi che hanno permesso di evidenziare differenze di esiti di salute in funzione del genere e del livello socioeconomico è stata analizzata la mortalità proporzionale. E' stato osservato che la principale causa di decesso è per entrambi i generi rappresentata dalle malattie del sistema circolatorio, sebbene per le donne questa categoria sostiene circa la metà del totale dei decessi. Il carico di decessi per malattie tumorali è per le donne proporzionalmente più basso rispetto agli uomini mentre

la terza causa di decesso per gli uomini è rappresentata dalle malattie dell'apparato respiratorio mentre per le donne dalle malattie delle ghiandole endocrine, sostenute per circa il 90% dal diabete. [Fig 1]

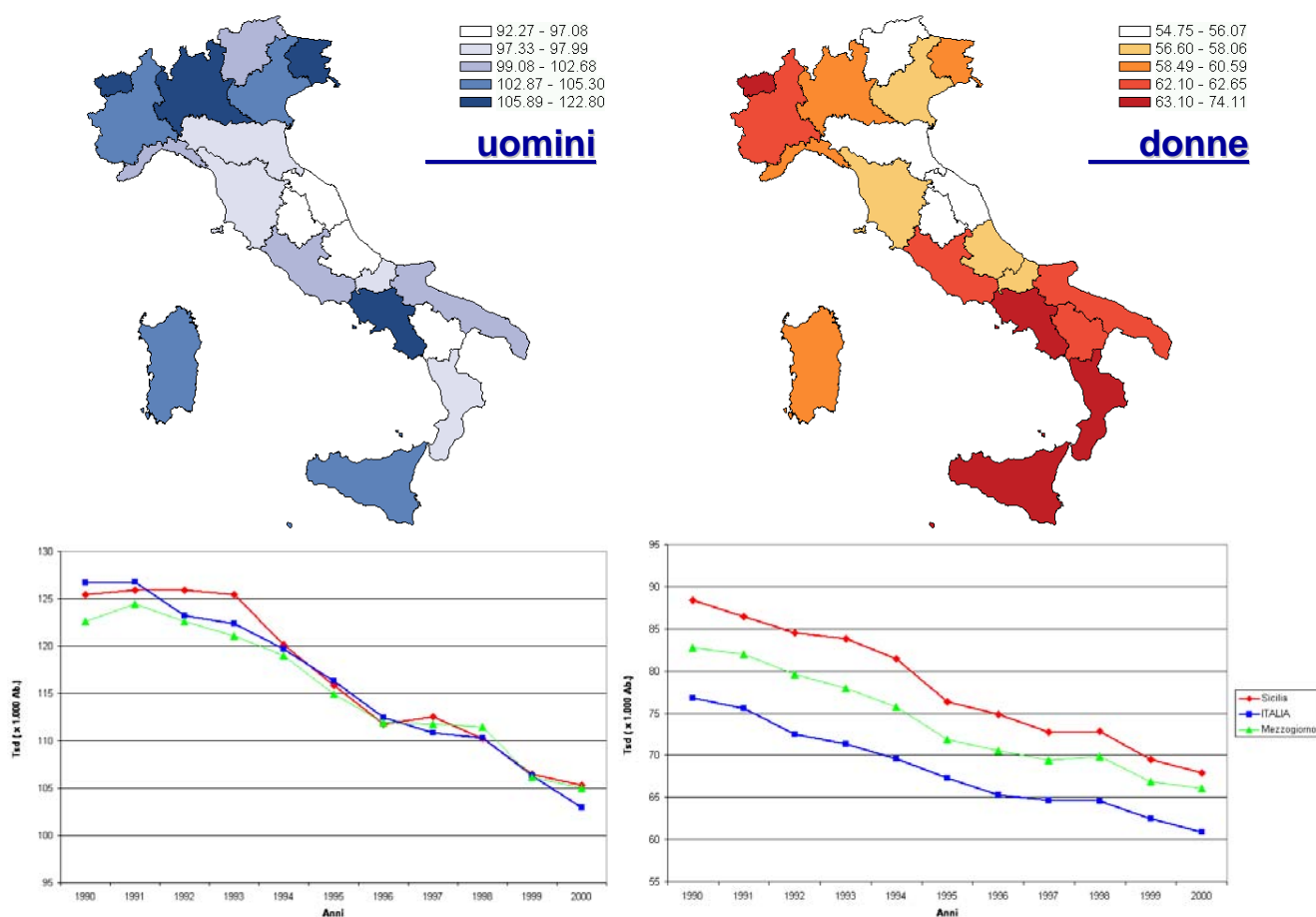
Figura 1 - Mortalità proporzionale per gruppi di cause (Sicilia 2001-2002; tutte le età)



La Speranza di vita durante il periodo 1985-2002 ha mostrato degli incrementi. I valori più elevati alla nascita sono stati raggiunti dalle donne (uomini 77,2 anni; donne 81,9 anni) sebbene il guadagno di vita in assoluto sia maggiore negli uomini (uomini 3,1 anni; donne 2,6 anni).

I tassi standardizzati diretti di mortalità generale evidenziano per le donne in Sicilia valori tra i più alti rispetto alle altre regioni italiane. Gli andamenti temporali evidenziano a differenza degli uomini valori costantemente più alti rispetto al mezzogiorno e all'Italia. [Fig 2]

Figura 2 – Tassi standardizzati diretti di mortalità – tutte le cause - confronti Sicilia-Italia (anno 2002) e andamenti temporali (anni 1990-2000)

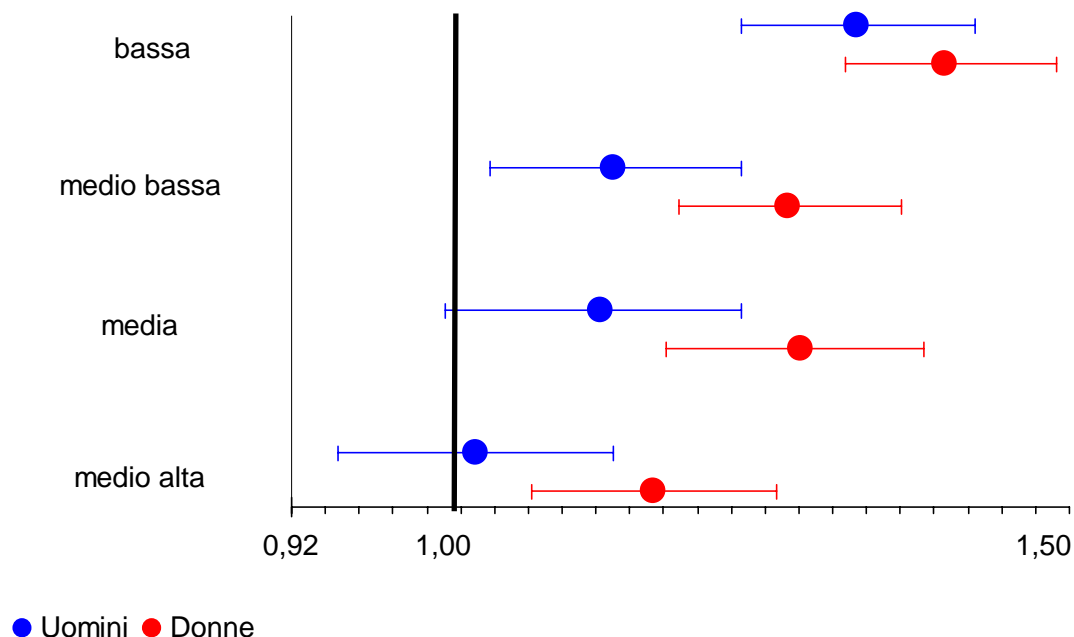


La mortalità in Sicilia si distribuisce in maniera disomogenea oltre che per genere anche in funzione dello svantaggio socioeconomico. Sulla base dell'indicatore sintetico costruito con la collaborazione con il Dipartimento di Epidemiologia della ASL Roma E, si osservano rischi di decesso significativamente superiori nelle popolazioni con una posizione socioeconomicamente più bassa.

Il rischio di mortalità per le malattie delle ghiandole endocrine nelle donne è significativamente più elevato con l'abbassarsi della posizione socioeconomicamente. [Fig 3]

Figura 3 – Rischio di decesso per malattie delle ghiandole endocrine nella popolazione siciliana – Confronti tra le posizioni socioeconomiche vs la posizione socioeconomicamente più alta (anni 1997-2002).

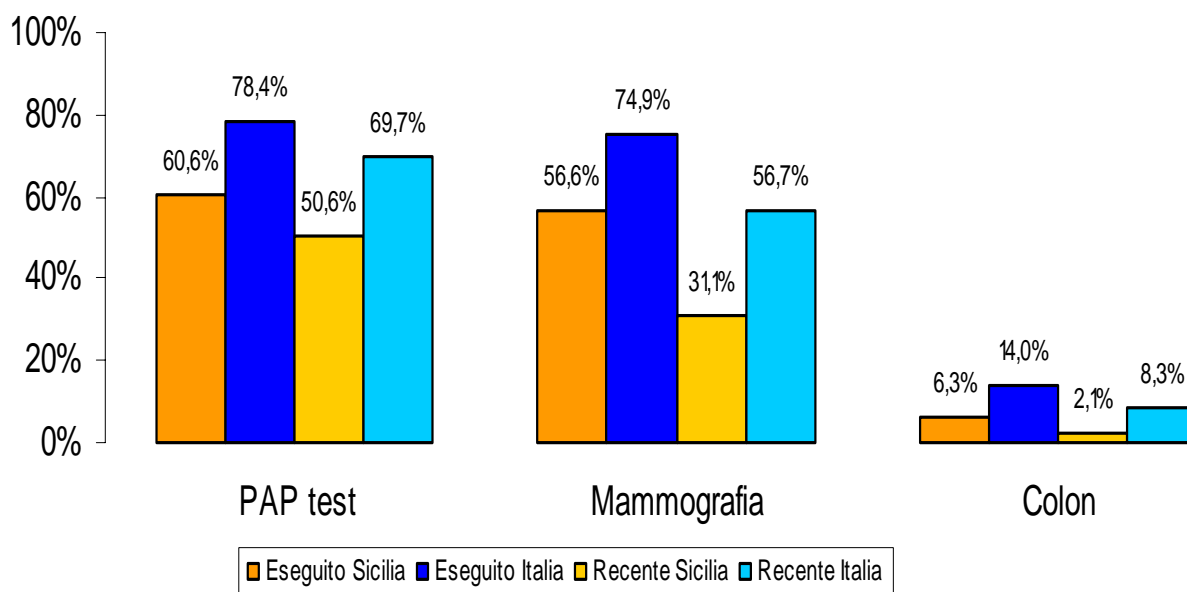
Posizione socioeconomica



Il tema della salute della donne nell'ambito dell'assistenza perinatale può essere studiato attraverso il ricorso al parto cesareo che rappresenta un indicatore della qualità delle cure. Sulla base dei ricoveri ospedalieri si è osservato che più della metà delle donne siciliane partorisce con taglio cesareo, un tasso tra i più elevati rispetto alle altre regioni italiane e rispetto allo standard (20%) indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Sulla base dei certificati di assistenza al parto utilizzando la fonte informativa dei CEDAP, compilati presso ciascun centro nascita, è stato osservato che il rischio di natimortalità, di prematurità e di basso peso alla nascita è significativamente associato al basso livello di istruzione oltre che all'età. Sugli tali aspetti la nuova bozza del Piano Sanitario Regionale dovrà, allineandosi con quanto riportato nell'ultimo piano sanitario nazionale, prevedere il miglioramento dell'appropriatezza del ricorso al parto cesareo, ottimizzare i punti nascita in funzione dei volumi di prestazione e della migrazione sanitaria e avviare programmi specifici per la protezione della salute materna e dell'assistenza ostetrica e pediatrica.

Sulla sorveglianza sugli stili di vita, l'adesione ai programmi di sanità pubblica e la salute percepita, è stato avviato in Sicilia il sistema di sorveglianza Passi, promosso dal Ministero della Salute e condotto con la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità ed il coinvolgimento delle regioni e dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie territoriali. Nell'ambito degli interventi di prevenzione oncologica secondaria si può osservare che in Sicilia solo la metà delle donne in età a rischio fa ricorso alla diagnosi precoce per i tumori del collo dell'utero, mentre solo un terzo per quello della prevenzione del tumore della mammella. In Italia il tasso di adesione ai programmi di screening della sfera femminile è di circa il 20% in più rispetto al tasso di adesione delle donne Siciliane. [Fig 4]

Figura 4 – Ricorso ai programmi di prevenzione secondaria sui tumori – confronto Sicilia-Italia



Relativamente agli altri determinanti si osserva che non esistono differenze significative per genere in Sicilia, per i vari determinanti indagati. Si osserva invece una prevalenza significativamente più bassa nelle donne per quanto riguarda l'eccesso ponderale, una prevalenza significativamente per le donne che consumano cinque porzioni di frutta e verdura almeno cinque volte al giorno, ed infine una prevalenza più bassa di donne fumatrici.

Infine un altro indicatore che va considerato in aggiunta al carico di malattia presente in una popolazione ed ai relativi determinanti, è quello dello stato di salute percepito dalla stessa popolazione, si osserva infatti che le donne percepiscono in misura significativamente maggiore un peggiore stato di salute, e dichiarano non soltanto di perdere un numero di giorni nel mese nei quali non sono state eseguite le comuni attività quotidiane per cattiva condizione di salute più elevato rispetto agli uomini, ma addebitano tale perdita in misura maggiore a motivazioni psicologiche piuttosto che fisiche.

In conclusione è possibile affermare che: in Sicilia da alcuni anni sono disponibili tutte le principali fonti per il monitoraggio dello stato di salute, dei determinanti socioeconomici e comportamentali e del ricorso alle cure; che per alcune categorie diagnostiche il genere così come i fattori sociali, culturali ed economici hanno un ruolo nella richiesta di assistenza e negli esiti di salute; che occorre favorire un approccio globale di promozione della salute, partendo dalla sorveglianza continua dei principali fattori di rischio, che consenta di migliorare l'adesione e la consapevolezza della popolazione verso azioni di contrasto e riduzione delle conseguenze negative sulla salute di tutti i possibili e rilevanti determinanti presenti nella comunità e che gli interventi di promozione della salute in corso di rafforzamento attraverso il Piano Regionale di Prevenzione devono tenere conto delle differenze socioeconomiche e di genere rilevate ed essere prioritariamente indirizzati verso le fasce di popolazione maggiormente a rischio.

Medicina di Genere.

Esperienza della Provincia Autonoma di Bolzano

Brigitte Hofer

Ufficio Formazione del Personale sanitario, Assessorato alla Sanità, Provincia Autonoma di Bolzano

Sebbene nel contesto di un incontro esplicitamente dedicato a queste tematiche potrà apparire superfluo, credo sia comunque necessario tornare a sottolineare – come premessa - le differenze tra i concetti di *Sesso e genere*. In inglese, *sex* e *gender*. Questo perché non soltanto tra i cittadini ma anche tra le operatrici e gli operatori sanitari il significato di questi concetti non è sufficientemente conosciuto. *Sex* è la determinazione biologica dell'individuo, dai cromosomi agli organi riproduttivi delle donne e degli uomini.

Con *gender*, ovvero genere, intendiamo invece le categorie “uomo” e “donna” inquadrando sì come qualcosa di fondato su differenze biologiche, ma più specificatamente come delle *costruzioni sociali*, determinate dai fattori ambientali, sociali e culturali, nonché dall'esperienza del singolo individuo.

La medicina di genere è cresciuta soprattutto grazie agli studi del femminismo, alle esperienze dei centri di salute delle donne, ai vissuti delle donne stesse. Si è sviluppata, in ambito sanitario, in un contesto di attenzione per la “Public Health”, in una cornice, dunque, di “Salute pubblica” che sottolinea come malattie, disagi e problemi di salute siano determinati anche da fattori sociali e culturali.

La medicina di genere va dunque intesa come la sintesi delle categorie di sesso e genere.

Ancora oggi quando si parla di salute femminile la si associa riduttivamente alle sole differenze biologiche scandite dal ciclo vitale: salute riproduttiva, fertilità, gravidanza e menopausa. Sia l'Organizzazione Mondiale della Sanità, sia diversi studi pubblicati su riviste autorevoli, come il *New England Journal of Medicine* e il *British Medical Journal*, hanno posto un'attenzione crescente sulla diversità con cui numerose patologie un tempo ritenute tipicamente maschili - come ad esempio le malattie cardiovascolari o renali o i disturbi psichiatrici – si manifestano nella popolazione femminile; disponiamo di evidenze sempre più consistenti di corredi sintomatologici diversi e di differenti modelli di decorso della malattia tra pazienti donne e uomini. Il punto è che spesso ad una diversa sintomatologia o a diversi percorsi clinici fa seguito una sottovalutazione del problema che si traduce in itinerari diagnostici e in terapie o riabilitazione meno complete ed efficaci.

Dunque, la comunità scientifica internazionale sta compiendo un sostanziale e significativo mutamento di prospettiva, passando dallo studio esclusivo delle differenze “biologiche” tra uomo e donna, alla complessità di un approccio che non trascura le implicazioni sociali, psicologiche, politiche e culturali di tali differenze. Da un punto di vista individuale ad uno di Sistema.

Allo stesso tempo, la stessa comunità dei ricercatori clinici si è interrogata sull'inopportunità di un orientamento privilegiato verso il corpo maschile, passato attraverso l'esclusione delle donne da gran parte dei trial clinici, sia per il rischio di abbandono degli studi per l'insorgere di gravidanze, sia per il considerare la variabilità ormonale un potenziale fattore di confondimento. Escludere le donne dalla ricerca clinica certamente non le ha protette; al contrario, le ha esposte col tempo a rischi maggiori. Coinvolgere le donne negli

studi clinici è un dovere scientifico e porterà ad una migliore assistenza e qualità della vita per entrambi i sessi.

Altro nodo di grande rilievo – il cui scioglimento potrebbe risultare determinante per la crescita di una Sanità “informata” dalle specificità di genere è la partecipazione delle donne alla ricerca, alla didattica e alla clinica medica. Nelle professioni sanitarie sta crescendo la componente femminile, anche se in maniera a tutt’oggi disomogenea e condizionata da modelli stereotipati. Ciononostante, la presenza attiva delle donne a livello decisionale non si è ancora affermata, come dimostrano studi³⁴ e testimonianze.⁵

La medicina di genere deve dunque avere l’obiettivo di perseguire un’assistenza sanitaria che tenga conto degli specifici bisogni di salute di donne e uomini, condizionando le scelte della ricerca medica, nella prevenzione, nella diagnosi, nella terapia e nella riabilitazione. Ciò non può prescindere da una maggiore partecipazione delle donne stesse al decision-making in Sanità. Questo è il punto di vista che, come Assessorato alla Sanità della Provincia Autonoma di Bolzano, così da informare promuovere e avviare una serie di iniziative e progetti che già è stata avviata.

Come Ufficio di Formazione ci siamo posti degli obiettivi precisi.

- Il rispetto delle pari opportunità, delle culture della differenza, dell’equità sociale e nell’accesso alla assistenza per uomini e donne.
- La promozione di iniziative volte a prevedere il punto di vista di genere nella prevenzione, nella diagnostica, nella cura e trattamento e la formazione del personale sanitario come punto di partenza imprescindibile

Il 19 ottobre di questo anno si è svolto un convegno sulla salute femminile e medicina di genere, con il focus sulle malattie cardiovascolari della donna, uno dei temi sui quali è più ricca la ricerca e la riflessione.⁶ Nel corso della giornata di studio si è discusso, però, anche di violenza sulle donne, di oncologia e dei problemi delle donne migranti. Il convegno è nato anche attraverso la collaborazione con il centro di ricerche di medicina di genere dell’Università Charité di Berlino. L’appuntamento di ottobre è stato un successo e dunque una conferma dell’interesse. Ad essere sinceri, più da parte della popolazione, che non del personale sanitario.

Questo primo momento di discussione e informazione ha innescato una serie di ulteriori passi verso il riconoscimento della centralità dell’approccio *gender-oriented*. Infatti a partire dai prossimi mesi gli uffici provinciali competenti eseguiranno la rilevazione dei dati statistici ed epidemiologici differenziandola per sesso.

Sarà avviata una campagna informativa e di sensibilizzazione rivolta alle donne sul rischio cardiovascolare.

Sul versante della Formazione, sono già state fissate le date per dei cicli didattici incentrati sulla violenza alle donne ed alle malattie cardiovascolari, rivolti ai medici di medicina generale. Sono stati presi contatti con la Scuola superiore delle professioni sanitarie Claudiana, affinché venga inserito nei programmi di studi l’approfondimento della medicina di genere. Sarà perfezionato un network tra la Facoltà di Medicina di Innsbruck, Il Centro studi di genere dell’Università Charité di Berlino, il Comitato pari opportunità dell’Azienda sanitaria di Bolzano.

All’interno della Biblioteca medica virtuale – un servizio di documentazione offerto dall’Assessorato a tutto il personale sanitario - nascerà un’area dedicata alla medicina di genere: documentazione, glossari, segnalazione di notizie e di opportunità formative.

³ Jaggi R, et al. The “Gender Gap” in Authorship of Academic Medical Literature — A 35-Year Perspective. NEJM 2006;355:281-7. Vedi anche l’editoriale di Hamel MB et al. Women in academic medicine: progress and challenges. NEJM 2006;355:310-2.

⁴ Reichenbach L, Brown H. Gender and academic medicine: impacts on the health workforce. BMJ 2004;329:792-795

⁵ Andrews NC. Climbing through Medicine’s glass ceiling. NEJM 2007;357:1887.

⁶ Wenger NK et al. Cardiovascular Health and Disease in women. NEJM 1993;329:247-56.

Il nostro, per ora, è un progetto pilota, ma si sta già pensando ad istituire a livello di Assessorato un Ufficio Gender Medicine – Salute della donna.

Ci aspettiamo che le azioni che metteremo in atto producano un cambiamento. Certamente, è necessario ed opportuno che anche da parte del Ministero giunga un sostegno chiaro, deciso e – aggiungerei – vincolante, così che le singole Regioni, Province, Centri di salute, Aziende sanitarie, siano chiamate ad implementare linee guida volte ad annullare il gap di genere nell'assistenza sanitaria.

Siamo molto interessati a costruire una rete conoscitiva e operativa con altre realtà, perché riteniamo utile non solo discutere i risultati delle esperienze svolte, ma soprattutto condividere lo sviluppo dei contenuti di nuovi progetti.

L'Osservatorio cittadino sulla salute delle donne

Marco Borgione

Assessore alla Famiglia, Salute e Politiche Sociali, Comune di Torino

Carlo Mastrogiacomo

Assessorato alla Famiglia, Salute e Politiche Sociali, Comune di Torino

1. Premessa

La collaborazione tra il Comune di Torino il Servizio di Epidemiologia regionale ha portato alla strutturazione dell'Osservatorio epidemiologico cittadino per un "approfondimento/ricerca sullo stato di salute dell'area torinese", lo Studio Longitudinale Torinese

Le attività hanno previsto programmi sia di mantenimento del patrimonio informativo esistente, sia di sviluppo delle capacità di osservazione epidemiologica cittadina attraverso l'acquisizione di nuove fonti informative e di nuovi indicatori in grado di documentare aree della salute poco esplorate.

In riferimento a questa azione, la Commissione Pari Opportunità del nostro Comune ha sollecitato l'esigenza di approfondire il tema della salute della donna, anche in relazione all'importante trasformazione sociale che ha investito fortemente la popolazione femminile in ragione di:

- un maggiore accesso ai più alti livelli di istruzione e al mercato del lavoro;
- cambiamenti nella struttura della popolazione attiva e nelle caratteristiche di quella non attiva;
- la convivenza sempre crescente con gruppi provenienti da differenti aree geografiche e culturali.

2. La nascita dell'Osservatorio

Le prime azioni condotte dall'Osservatorio epidemiologico cittadino per l'approfondimento dello stato di salute dell'area torinese hanno portato alla produzione di primi report epidemiologici, con la pubblicazione del volume "Torino, risorse e problemi di salute" nel 2002 e alla pubblicazione del volume "Verso un profilo di salute" nei primi mesi del 2006. Le analisi hanno evidenziato, grazie alla validità del metodo adottato, la necessità di affinare e consolidare progressivamente lo spettro di indagine metodo e l'esigenza di dedicare percorsi progettuali specifici al tema della promozione della salute della donna.

Nel 2003 viene istituito l'Osservatorio sulla salute delle donne quale luogo privilegiato di riflessione e confronto su promozione, sviluppo, studio e monitoraggio della salute della donna.

Per realizzare le proprie attività e secondo il campo di indagine scelto l'Osservatorio si avvale anche del contributo di organizzazioni ed esperti qualificati e competenti nei campi della cultura e degli studi femminili.

3. Le attività dell'Osservatorio

Con l'ottica di perseguire la promozione della salute delle donne sul territorio cittadino, l'Osservatorio ha svolto negli anni diverse attività:

- lettura e il raccordo in un'ottica di genere di tutti i dati relativi alla salute delle donne prodotti sul territorio, definendo strumenti di monitoraggio e criteri di valutazione;
- promozione di proposte per favorire la conoscenza, l'utilizzo e la valorizzazione dei servizi preposti alla tutela della salute della donna, in linea con gli obiettivi individuati;
- ricerche innovative, in particolare relative all'analisi dell'impatto dei lavori di cura e domestici sulla salute della donna (con particolare riguardo al doppio carico di lavoro di cura e domestico e di lavoro extra – domestico) e al monitoraggio dei fattori di rischio, con riferimento agli ambienti e all'organizzazione del lavoro, attinenti alla salute sessuale e riproduttiva delle donne
- report quantitativi e qualitativi delle istanze ai servizi, nonché dell'offerta dei medesimi, in collaborazione con le ASL cittadine e l'ASO O.I.R.M S.Anna, con particolare riferimento ai tempi di attesa, al grado di soddisfazione delle persone e degli operatori coinvolti, alla qualità dell'accoglienza offerta – anche attraverso la predisposizione di appositi questionari di valutazione
- pubblicazioni e/o iniziative (seminari, convegni ecc.) aperti alla cittadinanza
- partecipazione ad iniziative di sensibilizzazione e comunicazione sul tema della parità di genere e della salute delle donne

3. Composizione dell'Osservatorio

L'Osservatorio è un organismo collegiale a carattere permanente, costituito da soggetti provenienti da diversi ambiti: culturale, educativo, sociale, sanitario, universitario, associazionistico.

Partecipano all'Osservatorio con un loro rappresentante:

- Divisione Servizi Sociali e Rapporti con le Aziende Sanitarie
 - Settore Salute e Rapporti con le aziende sanitarie (con funzioni di coordinamento);
 - Settore Famiglia, Promozione della sussidiarietà e domiciliarità.
- Vice Direzione Generale Servizi Amministrativi e legali
 - Settore Pari Opportunità e Politiche di genere
- Divisione Servizi Educativi
- Regione Piemonte - Direzione Programmazione Sanitaria
- ASL 1-2-3-4 cittadine dell'ASO O.I.R.M Sant'Anna
- Coordinamenti femminili delle organizzazioni sindacali
- CGIL
- CISL
- UIL
- Associazione ALMATERRA
- Centro Italiano Femminile
- Coordinamento cittadino delle donne per l'autodeterminazione
- Associazione Vides Main

4. La ricerca sul “Funzionamento dei consultori”

Torino vanta una storia molto significativa in questo settore, fatta di anni di attenzione ed esperienza sviluppate dai servizi pubblici nell'interesse delle cittadine residenti. In assenza di una indagine sistematizzata, al di là di alcune statistiche e tentativi di approfondimento sull'esperienza, l'osservatorio ha sollecitato e dato avvio ad una ricerca preliminare da svolgersi sul territorio cittadino nell'ambito dell'attività consultoriale.

La ricerca è stata affidata e allestita dal *Centro interdisciplinare Ricerche e Studi delle Donne* (CIRSDe) dell'Università degli studi di Torino

Il progetto si è sviluppato con l'obiettivo di realizzare una mappa dei servizi Consultoriali pubblici cittadini, ricostruendone gli aspetti essenziali, sia dal punto organizzativo-funzionale, che della tipologia di utenza e di prestazioni richieste/offerte.

L'obiettivo è stato quello di tracciare l'immagine del funzionamento attuale dei Consultori pubblici offrendo elementi su cui riflettere ed eventualmente progettare.

La ricerca è stata discussa con le rappresentanti dell'Osservatorio e condivisa con i responsabili dei consultori torinesi.

Per potenziare la comunicazione e sollecitare un confronto diretto nel settembre del 2005 è stato organizzato un Evento Formativo che ha visto la partecipazione delle operatrici e degli operatori dei consultori pubblici della città per un confronto diretto.

In questa occasione è stata presentata la ricerca e consegnato un CD-Rom contenente tutti i principali risultati della ricerca, in un formato gradevole e di facile utilizzo, con la possibilità di accedere a interessanti documenti su temi inerenti i consultori.

5. Collegamenti dell'Osservatorio con gli strumenti della Città

La città di Torino si trova in questo momento ad elaborare due importanti strumenti:

1. *il Piano regolatore Sociale*, uno strumento democratico e partecipativo finalizzato a connettere in modo sinergico gli interventi realizzati sul territorio, destinati a produrre effetti sul benessere sociale dei cittadini, attraverso l'individuazione delle aree di intersezione sulle quali agiscono i diversi comparti interni dell'amministrazione, ma anche altre istituzioni, le organizzazioni private e il terzo settore.

Il percorso è guidato dalla consapevolezza che i processi partecipativi sono onerosi e richiedono l'individuazione di un modello di lavoro, da una parte sostenibile da tutti i partecipanti e dall'altra sufficientemente flessibile per accogliere le necessarie correzioni di rotta.

Il Piano regolatore sociale rappresenta lo strumento con cui si intendono potenziare a livello locale le capacità individuali di stare bene, attivando politiche per la promozione, la crescita e lo sviluppo di una città sana.

Intende integrare le politiche pubbliche e quelle private che incidono sulle dimensioni sociali costitutive della salute delle persone.

Si pone come obiettivi:

- la promozione della qualità della vita con attenzione:
 - ai radicamenti dei bisogni, individuazione dei rischi;
 - alla valorizzazione delle risorse e delle opportunità progettuali;
 - alla differenziazione delle strutture familiari (monoparentali, anziani soli, ecc.)
- la promozione della capacità di guida partecipata e dei processi inclusivi
- la creazione delle condizioni migliori per uno sviluppo produttivo capace di accogliere tutte le vocazioni che la città riesce ad esprimere

- l'incentivazione di attività imprenditoriali coniugando innovazione, efficienza economica e responsabilità sociale.
2. *I PePS Profili e piani di salute* previsti nel disegno di legge della Giunta regionale che afferma che essi sono lo strumento con cui la comunità locale definisce il proprio profilo di salute, individua gli obiettivi di salute e produce linee di indirizzo volte ad orientare le politiche del territorio.

Entrambe queste attività basano il loro lavoro sulla partecipazione, sul raccordo tra i diversi enti e organizzazioni, le diverse strutture territoriali, per consentire la progettazione di un piano di salute/benessere che individui linee ed obiettivi concreti per lo sviluppo sostenibile sotto il profilo della promozione della salute includendo valutazioni etiche, ambientali, sociali ed economiche .

L'apporto che l'osservatorio offre in questo processo è assai importante grazie proprio alla presenza attiva di questo organismo, che evidenzia come in processi come questi (il piano regolatore sociale e i PEPS) sia assolutamente necessario porre attenzione alle differenze di genere, al linguaggio.

6. La collaborazione dell'osservatorio nella ricerca

L'osservatorio sulla salute delle donne, insieme al SEPI Servizio regionale di epidemiologia stanno elaborando un percorso congiunto che ha l'obiettivo di leggere secondo un'ottica di genere i dati epidemiologici su problemi di salute e di vita delle donne residenti in Torino.

Lo studio longitudinale torinese il SEPI dispone e gestisce da tempo informazioni permanenti sulle condizioni di vita e salute dei torinesi, L'indagine mira alle problematiche di genere ed ha l'obiettivo principale di supportare i processi decisionali operativi delle istituzioni proposte alla tutela della salute e del benessere individuale e sociale.

Elementi di indagine sono:

- il profilo epidemiologico delle donne che lavorano in casa rispetto a quelle che lavorano fuori casa
- la salute delle donne che lavorano fuori casa con figli rispetto a quelle che lavorano fuori casa ma non hanno figli
- il profilo epidemiologico delle madri sole.

La ricerca e la nuova metodologia di lettura bi-focale ha la possibilità di essere confrontata con alcuni paesi europei che hanno svolto e stanno svolgendo un percorso analogo.

Politiche di attenzione al benessere ed alla salute mentale delle donne

Anna Gardiner

Direzione di Progetto Sviluppo Cure Territoriali , Assessorato alla Salute, Comune di Milano

Ringraziandovi della opportunità di essere qui con voi porto i saluti del sindaco di Milano Letizia Moratti e dell'Assessorato alla salute del Comune di Milano , Assessorato di recente costituzione che pone tra le sue priorità una costante attenzione al benessere delle donne in senso psicofisico promuovendo azioni a favore di stili di vita sani ed equilibrati ed in particolare progetti che tutelino la salute mentale al femminile in sinergia con progetti socio-sanitari per la salute mentale in collaborazione con tutti i 5 Dipartimenti di Salute Mentale di Milano.

Come è noto tra le emergenze segnalate dall'OMS per la Regione Europa, la malattia mentale e la sofferenza psichica hanno il primo posto e le donne, secondo i dati statistici e la letteratura, sono la popolazione maggiormente colpita da disagio psichico soprattutto nelle aree urbane con popolazione superiore alle 200.000 persone.

In Italia in particolare si è visto come gli interventi a carattere ospedaliero nelle città con oltre 200.000 abitanti sono il 73,4% contro il 26,6% nelle cittadine più piccole , nelle aree metropolitane è più frequente il ricorso allo specialista psichiatra, invece che il rivolgersi al MMG, e quindi ricoveri ed anche l'uso della contenzione terapeutica.

E' noto anche che il nascere e vivere in una metropoli aumenta il rischio di patologie gravi quali la schizofrenia ,30% in più rispetto un contesto meno urbano: elementi favorenti sono la diffusione di disagio sociale con situazioni di povertà e degrado,il contesto più stressante rispetto la capacità di stabilire relazioni e di dar prestazioni, ma anche il traffico, l'inquinamento, e ,come è stato rilevato in maniera documentata da recenti studi clinici, la possibilità di accedere con estrema facilità all'uso di alcol e droghe.

Nello specifico per la popolazione femminile gli studi, a partire dal 2001 con una ricerca effettuata su 8764 soggetti in Europa , ricerca poi proseguita su un campione di 12702 soggetti a cui è stata somministrata una scala specifica per la depressione, la Beck Depression Inventory, rilevano la tendenza a manifestare maggiormente una sintomatologia a carattere depressivo per donne che vivono in un contesto metropolitano rispetto a quelle che vivono in una situazione rurale. Il grado di rischio maggiore di sviluppare depressione è correlato solo al genere femminile, elementi caratterizzanti emersi sono la difficoltà a stabilire relazioni amicali, a chiedere aiuto ai vicini, a riconoscere anche a se stesse uno stato di malessere e quindi ad intervenire per tempo

Determinanti ambientali, economiche e sociali si mescolano quindi a compiti e ruoli che col passare del tempo hanno visto la donna sempre più fatta oggetto di aspettative collettive.

A Milano i dati raccolti dalla ASL validati per l'anno 2006 ci dicono che sono assistiti dal punto di vista sanitario 1.308.452 cittadini di cui 618.663 maschi e 689.789 femmine.

Di questi 97.783 hanno avuto almeno una prestazione psichiatrica ed in particolare 63.487 sono di genere femminile .

La domanda è se le donne si ammalano di più o si curano di più.

Ancor più nello specifico i dati Asl ci dicono che le prescrizioni farmaceutiche per una sintomatologia ascrivibile ad una patologia del tono dell'umore hanno interessato 71189 pazienti, donne 49.720 maschi 21469.

Ancora qualche dato significativo:

- in 1 anno circa 100000 persone (circa il 10% della popolazione milanese) hanno un momento "depressivo" di queste il 70% è donna;
- nella vita il 22% dei cittadini milanesi dichiara di aver avuto un periodo di depressione, di questi sono 155000 le donne 65000 i maschi;
- in Milano si è stimato che circa 320000 persone soffrono di disturbi d'ansia vari, di queste il 65% ,208000, sono donne

Riguardo gli attacchi di panico le stime su Milano dicono che ne soffrono da 22000 a 55000 persone di cui dalle 15000 alle 38000 sono donne.

Quindi ancora una volta emerge da questi dati una prevalenza del disturbo del tono dell'umore di genere, dati che divengono ancor più incisivi nella popolazione femminile over 64 anni, nella quale importante diviene la diagnosi differenziale con le sindromi cognitive involutive.

Il Comune di Milano ha dedicato fin dal 1996 alla salute mentale ed agli interventi socio-sanitari nell'area della psichiatria un ufficio specifico, Ufficio Salute Mentale, con personale qualificato che attualmente fa capo all'Assessorato alla salute, Direzione Centrale Salute.

Principio ispiratore del lavoro di Milano e del nostro assessorato è la volontà di diffondere e promuovere la cultura della salute e della prevenzione per mantenere la salute, sensibilizzando l'opinione pubblica, informando sull'importanza di sane abitudini e di corretti stili di vita, realizzando i interventi che da un lato mantengano attuale e costante il monitoraggio del fenomeno e dall'altro possano contenere e ove possibile prevenire i disagi psicofisici ed in particolare il vero e proprio gap di genere di cui abbiamo parlato.

Partendo da questo presupposto, la "Salute della Donna" è divenuto uno dei punti salienti del programma che l'Assessorato alla Salute, che ha anche la delega per il programma CITTA SANE OMS, si è proposto di realizzare: affrontare le problematiche della salute di genere, promuovere la salute e la cultura della prevenzione, aumentare la consapevolezza dei benefici che si possono trarre scegliendo stili di vita sani (non dimenticando che spesso sono le donne che "fanno" lo stile di vita della famiglia e delle nuove generazioni). Questo promuovendo un lavoro di rete con tutti gli interlocutori istituzionali e non che in differenti modi e misure partecipano al comune obiettivo di "guadagnare in salute" così come auspicato dallo stesso Ministero della Salute.

Il monitoraggio della domanda e del bisogno di ascolto, informazione, consulenza è realizzato attraverso il lavoro di un centralino, KOINE', attivo dal 2001 in collegamento con l'attività dell'ufficio salute mentale. Il centralino si avvale di una significativa banca dati aggiornata costantemente, di operatori specialisti con formazione ad hoc che vengono regolarmente supervisionati nello svolgimento del loro lavoro da un consulente psichiatra, risponde a circa 500 telefonate al mese

I dati del centralino, tra altro, ci segnalano che rispetto l'ascolto il bisogno è del 95% dei chiamanti maschi mentre le donne chiamano al 48% per aver ascolto per il resto chiedono informazioni e consulenze, in totale il 65% delle chiamate è maschile il 35% femminile.

L'Ufficio TSO del COMUNE raccoglie e codifica i ricoveri obbligatori.

Si rileva che vi sono differenze mediamente significative tra TSO maschili, e femminili, su 1000 ricoveri il 60% è maschile il 40% femminile.

1. Azioni specifiche messe in atto dal Comune di Milano, Assessorato alla Salute

Progetto in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli di Milano "Centro per la Cura e Prevenzione della Depressione nella Donna in gravidanza e nel Post-partum", lo stesso Centro si occupa anche della fase della Menopausa.

L'esigenza di creare un progetto "ad hoc" per i disturbi psichici ed in particolar modo, per i disturbi affettivi e di ansia durante specifiche fasi del ciclo vitale di una donna, quali la gravidanza, il post-partum e l'ingresso alla menopausa, è sostenuta da evidenze scientifiche, epidemiologiche e cliniche che confermano una maggiore possibilità di ammalarsi di depressione in questo periodo di vita in modo particolare, per quelle donne che presentano una specifica vulnerabilità biologica ed ormonale sovente accompagnata da fattori di rischio individuabili in ambito familiare o sociale.

In base a queste premesse nasce a Milano nel 2004 c/o l'Ospedale Macedonio Melloni (Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli) il Centro Depressione Donna ambulatoriale che si occupa esclusivamente di disturbi psichiatrici che compaiono durante la gravidanza, il post-partum e la premenopausa.

Il Centro ha una specificità unica in Italia proprio perché si occupa di "Psichiatria di genere" quindi di disturbi depressivi e di disturbi d'ansia che si manifestano nelle donne in specifiche fasi della loro vita. L'equipé che vi lavora è tutta "al femminile" costituita da psichiatre e psicologhe.

Il Centro offre per la depressione in gravidanza e nel post-partum:

- Prima visita Psichiatrica
- Visite periodiche di controllo psichiatrico
- Colloqui psicoeducazionali per le pazienti ed i familiari
- Psicoterapia di supporto
- Psicoterapia breve ad indirizzo psicodinamico
- Psicoterapia cognitivo-comportamentale individuale
- Psicoterapia cognitivo-comportamentale di gruppo
- Interventi individuali di rilassamento muscolare progressivo
- Gruppi di rilassamento muscolare progressivo
- Incontri di osservazione madre depressa – bambino effettuati da una psicologa dell'Unità di Neuropsichiatria Infantile
- Ricovero in degenza ospedaliera o di Day-Hospital presso il Presidio Ospedaliero M.Melloni in ambiente ostetrico –ginecologico (previa valutazione psichiatrica del quadro clinico)

Il Centro si occupa di effettuare consultazioni specialistiche psichiatriche all'interno dei reparti del Presidio Ospedaliero M.Melloni.

Il Centro partecipa con incontri periodici mensili al Corso di Preparazione alla nascita effettuato c/o il Presidio Ospedaliero M.Melloni.

Il Centro si propone di valutare ed avviare un percorso terapeutico nelle donne che presentano una diagnosi di depressione all'esordio della menopausa e che pertanto possono giovare di un intervento farmacologico e di supporto psicoterapico.

Il Centro offre per la depressione in perimenopausa:

- Prima visita Psichiatrica
- Visite periodiche di controllo psichiatrico
- Colloqui psicoeducazionali sulla depressione per le pazienti ed i familiari
- Psicoterapia di supporto anche di gruppo

Si accede attraverso un appuntamento che viene fissato anche telefonicamente c/o la nostra Segreteria aperta tutti i giorni

La prima visita è sempre effettuata da una Dottoressa Medico-Psichiatra.

Si accede con il SSN con un'impegnativa che deve portare la richiesta di "Colloquio psicologico clinico".

2. Dati di afferenza al Centro

- Pazienti totali afferenti al centro in questi 3 anni di attività: 500
- Pazienti in cura attualmente : 250
- Pazienti nuove visite /anno : 200

Considera i drop out e considera il tempo di cura che per ogni paziente comprende il tempo di gravidanza (se l'onset psicopatologico è in gravidanza) ed il post-partum per un periodo di 2 anni di vita del bambino.

Con questo Centro il nostro assessorato ha iniziato un progetto di Prevenzione per la Donna mirato al territorio ed in particolare alle nove zone in cui milano è suddivisa, coinvolgendo i 9 consigli di zona affinché proprio nelle loro sedi istituzionali si svolgessero gli incontri di informazione e formazione per gli operatori, medici di base, ginecologi, pediatri, operatori dei consultori del territorio che vengono in prima istanza a contatto con le donne in gravidanza o nel post-partum o nella premenopausa. Questi incontri sono altresì aperti alla cittadinanza, proprio pensando al valore di una diffusione di una cultura più capace di cogliere e non sottovalutare segni premonitori di disagio nella donna.

Il progetto prevede la produzione e la diffusione di materiale cartaceo inerente informazioni sulla prevenzione e sul trattamento del quale la donna può fruire, oltre la costituzione di un sito ad hoc sul web.

3. “La salute delle donne: Benessere in Menopausa

Life event della vita della donna, il periodo della premenopausa e la menopausa, rappresenta un momento di possibile insorgenza di depressione; per questo è al centro di un'attenzione specifica nella nostra città sia con interventi di cura che di supporto psicologico al fine di prevenire l'insorgere di più gravi patologie.

- *L'opuscolo informativo*, realizzato dall' Assessorato Salute del Comune di Milano con la collaborazione di O.N.Da ,Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna, è intitolato “*La salute delle donne: Benessere in Menopausa*” e parte dall'assunto che questo evento viene accettato più o meno bene secondo le caratteristiche individuali della donna, la sua realizzazione in ambito familiare e professionale e dall'essere arrivata alla menopausa dopo aver trascorso la prima parte della vita con un orientamento alla tutela della propria salute.

Il messaggio va dunque in questa direzione: consapevolezza e attenzione al benessere psico-fisico, scelta di uno stile di vita sano sono un buon presupposto per affrontare bene questo period. Il tutto è supportato da articoli scientifici e giornalistici (Umberto Veronesi, Gianna Schelott).

L'opuscolo è stato inviato al domicilio di un ampio numero di donne milanesi dai 48 ai 50 anni, con lettera personalizzata a firma dall'Assessore alla Salute.

- *L'opuscolo informativo ‘Cervello e Stili di vita’*, realizzato congiuntamente dal Comune e dall'Associazione per la Ricerca sulle Demenze, è stato divulgato con una conferenza stampa ed un convegno.

La finalità dell'opuscolo, distribuito ai milanesi, è quello di divulgare le conoscenze attuali sugli stili di vita che portano alla salute e sui fattori di rischio modificabili.

Vengono esaminati i vari fattori di rischio, quali ipertensione arteriosa, obesità, ipercolesterolemia, alcoolismo, uso di stupefacenti, abuso di farmaci, stress, e si contpongono azioni di prevenzione come l'esercizio fisico e mentale e un'adeguata alimentazione.

Si suggerisce, soprattutto, in questo approccio all'invecchiare “in salute”, un' azione soggettiva di promozione della longevità delle funzioni cognitive individuata nel vivere attivamente nel contesto sociale della propria comunità, mantenendo relazioni interpersonali ed interessi culturali e sociali.

- Il recente “*Rapporto sui tumori*” dedicato alla Città di Milano segnala il costante aumento dal 2000 ad oggi dei tumori femminili legati sia al fumo che all’alcool, con un trend che porta sempre più la popolazione femminile su standard fino ad ora solo maschili

Oggi, a Milano, le fumatrici sono almeno 130mila, in media 1 donna su 4.

La nostra città è in testa alla classifica delle città italiane con più fumatrici:

- il 19,2% contro il 17,6% del resto del Paese;
- tra le milanesi, inoltre, il rischio di mortalità per tumore al polmone è superiore del 77,6% rispetto al resto d’Italia.

In questa prospettiva “*Bellezza Batte Fumo 1 a 0*” è un progetto rivolto al target femminile tra i 30 ai 65 anni. L’obiettivo è incoraggiare l’abbandono del fumo, dimostrando come questo vizio, oltre a danneggiare la salute, compromette l’aspetto estetico. Il messaggio è lanciato in modo positivo: i danni provocati dal fumo sono reversibili, in altre parole, smettere di fumare fa subito più belle!

Per questo una convenzione è stata siglata con la LILIT, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, al fine di sostenere anche con gruppi di mutuo-aiuto coloro (500 soggetti) che voglio provare a smettere di fumare.

Le politiche per stili di vita sani promosse a Milano sono dunque particolarmente motivate.

- *Belle in salute e in forma*: è il messaggio di comunicazione destinato alle adolescenti e giovani donne: In Salute e in Forma – Il giusto equilibrio. Aiutati a vivere meglio"

Consapevole dell’attrazione che il mondo della moda esercita sul pubblico femminile soprattutto delle giovani, il l’Assessorato alla Salute ha dato vita ad un sodalizio con la Camera Nazionale della Moda Italiana, e le Agenzie del settore che ha portato alla firma del Codice di autoregolamentazione per la moda : lotta alla magrezza eccessiva e promozione di una dieta sana e uno stile alimentare equilibrato.

E ancora, indicazioni per un’attività fisico-sportiva regolare come corretto stile di vita e un vademecum per affrontare lo stress.

Una guida pensata per i giovani che dà il giusto risalto all’importanza dell’attività fisica e dello sport

- Verso questo stesso obiettivo il programma “*Corri che ti passa*”, una iniziativa dell’Assessorato alla Salute in collaborazione con l’Associazione “MenteCorpo” per promuovere salute psicofisica attraverso percorsi di allenamento fisico con integrazione psicologico-relazionale. Il programma si rivolge a persone tra i 18 ed i 30 anni con problematiche relazionali non gravi utilizzando tecniche di piccolo gruppo , 8-10 persone, associate a tecniche di attività sportiva.

Al programma sono stati iscritti 65 femmine e 22 maschi dopo la selezione prevista, ancora una volta si osserva come la domanda sia prevalentemente al femminile con richieste di donne anche over l’età prevista come limite.

- Per una popolazione, soprattutto al femminile, che aumenta costantemente la propria longevità, si è ritenuta opportuna un’attività di sensibilizzazione come quella sviluppata con la *Giornata dedicata all’Osteoporosi*. Oltre ad offrire screenings gratuiti presso il più noto Istituto Geriatrico cittadino, ed organizzare una conferenza con esperti, è stato distribuito ai cittadini l’opuscolo “*Come prevenire l’ Osteoporosi e le Fratture*”.

Consigli su come prevenire e come curare questa degenerazione si accompagnano ad interventi di educazione nutrizionale e suggerimenti per stili di vita, senza tralasciare consigli per allestire un ambiente domestico che riduca quanto più possibile cadute ed incidenti.

L’opuscolo stampato in 50 mila copie è stato offerto in tutte le farmacie cittadine, nei nove consigli di zona, nei centri servizi anziani e, ovviamente, nel presidio geriatrico. La conferenza ha raccolto personale medico, paramedico ed infermieristico sulle novità in campo di cura e d’assistenza di questa patologia, secondo una linea di

comunicazione che mette a fuoco l'importanza dell'azione svolta presso gli adulti: infatti un adulto che sceglie stili di vita sani promette di divenire un anziano sano e questo ha importanti risvolti economici (risparmio nella spesa sanitaria) che gli addetti ai lavori non devono dimenticare.

Tutti questi temi sono stati ampiamente divulgati e dibattuti nell'occasione della "Settimana della Salute", realizzata dall'Assessorato alla Salute a Milano nella prima settimana di Giugno di questo anno. In particolare alla salute della donna sono stati dedicati gli incontri pomeridiani all'Ottagono della Galleria Vittorio Emanuele, il cuore della città, che hanno visto esperti di differenti discipline mediche e opinion makers confrontarsi con i cittadini. e rispondere alle domande delle donne.

Per concludere il nostro assessorato si muove in una linea di pensiero per la quale anche la prevenzione deve essere letta come un'abitudine verso la quale orientare il welfare, la cultura della comunità e la sensibilità dei cittadini affinché, come suggerisce l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la scelta di uno stile di vita sano divenga "la scelta più facile".

Politiche integrate per un impatto positivo sulla salute delle donne

Susanna Agostini

Presidente Commissione Politiche Sociali e della Salute del Comune di Firenze

Direttivo Associazione Nazionale Rete Città Sane

L'approccio al tema della riduzione delle disuguaglianze attraverso un'analisi di genere, obbliga ad una riflessione sul ruolo di tutte "le differenze" (culturali, etniche, generazionali, economiche, opportunità di istruzione e lavoro, ecc). Le differenze che scaturiscono dall'osservazione variegata dello stato attuale, dimostrano la necessità di un'ottica politica nuova.

E' indispensabile rafforzare la lettura di tutte le condizioni che possono incidere sul bisogno di salute, inteso come il benessere più complessivo della persona.

Salute come diritto, non solo di cura sanitaria, ma proposta di inedite strategie politiche, innovative e intersettoriali. Mirate a riposizionare la cultura di uguaglianza nel modello sociale di salute pubblica attraverso la condivisione della definizione del genere come determinante essenziale di salute.

Dalla lettura dei dati emergono importanti cambiamenti socioeconomici, la donna si trova a ricoprire ruoli che in passato appartenevano solo agli uomini mantenendo comunque inalterate le responsabilità affettive e di cura all'interno della famiglia (sempre più allargata).

Cambiamenti che evidenziano seri rischi sociali. Emerge infatti che sono le donne le prime a soffrire la precarizzazione del lavoro, l'instabilità familiare e la solitudine.

Accogliendo l'indicazione di questo seminario abbiamo avviato una lettura specifica di politiche rivolte ad una più approfondita conoscenza della qualità della vita delle donne che vivono, lavorano, studiano a Firenze.

Come altre città, siamo cantiere di sperimentazione urbana, portiamo qui ad esempio i più recenti strumenti di promozione delle politiche, lettura della comunità rappresentata e monitoraggio socioeconomico: il piano strutturale che determina le linee guida per la crescita e lo sviluppo urbano da qui ai prossimi 30 anni; l'osservatorio socio sanitario con aggiornamenti annuali; gli innovativi interventi per le politiche di sicurezza (alcuni dei quali recentemente notificati alle cronache nazionali); il più ampio contesto del modello di welfare fiorentino attraverso il quale l'intervento sociosanitario diventa sempre più impegnativo e articolato; il laboratorio stili di vita che analizza i cambiamenti dei comportamenti sociali e della persona.

Dalla sperimentazione avviata nel 2000, di un percorso di integrazione socio sanitaria scaturita poi nella nascita del Consorzio Società della Salute, strumento oggi privilegiato di attuazione del piano integrato di Salute, siamo nelle condizioni di incrociare dati sanitari, forniti dall'Azienda Sanitaria Locale con quelli dei servizi comunali, importante banca di informazioni costantemente aggiornata da approfondite rilevazioni statistiche, anche dettagliate per presidi territoriali.

Nel governo della Sds di Firenze, sono presenti assessori di riferimento per diverse deleghe di competenza: sicurezza, sociale, salute, pari opportunità, sistemi educativi, donne, giovani, immigrazione, marginalità, stili di vita, decentramento, verde, sport.

L'obiettivo è attuare e orientare le politiche di promozione della salute, amministrare le risorse per l'ottimizzazione di risultati in termini di integrazione delle politiche di intervento sui bisogni sociali, sulla salute e sui diritti di cittadinanza. Lo scopo del Consorzio

è di sostenere il sistema di protezione sociale di prevenzione e promozione della salute, appropriando le scelte politiche con il criterio dell'equità e universalità parallelamente a garantire continuità assistenziale di sostegno e cura ai soggetti più disagiati.

La nostra osservazione parte da dati raccolti attraverso gli strumenti sopra citati e intende fornire un contributo di conoscenza e costruire una strategia futura che porti ad un cambiamento nelle cultura e nel linguaggio burocratico amministrativo, che miri a riconoscere il contributo dato dal genere per la crescita, la salute e la formazione dell'intera comunità. Un impegno socialmente e politicamente irrinunciabile, fino ad oggi non evidenziato opportunamente.

Passando ad alcuni dati campione, proponiamo un' analisi non esaustiva, ma che potremo definire esplicativa di situazioni "sentinella" della condizione di genere nella nostra Città:

1. Nuove povertà

Pur registrando bassi indici di povertà e di disoccupazione e un alto grado di benessere, Firenze non si sottrae alla logica delle aree metropolitane moderne che producono, assieme al benessere, aree di disagio e di marginalità. La povertà si manifesta in varie forme: mancanza di reddito, cattiva salute, accesso limitato o inesistente all'istruzione come ad altri servizi essenziali, incremento della mortalità da malattie, mancanza di alloggi e condizioni abitative precarie e/o inadeguate. Quanto più a lungo si vive ai limiti della povertà, con un reddito particolarmente esiguo, tanto maggiore è il rischio di ritrovarsi in una condizione di privazione economica permanente e di esclusione sociale. Le misure per combattere la povertà quindi devono prevenire e affrontare i fenomeni che inducono i cittadini all'estrema privazione economica che si trasforma in disuguaglianza sociale. Nel 2006 si sono rivolti ai centri sociali 12.052 persone e di questi il 58% di sesso femminile. Sono state erogati contributi, assistenza al domicilio, centri diurni, residenze, a 8.635 persone, di questi le donne sono il 59,7%. E ancora, con problematiche legate al reddito e all'alloggio le donne sono state il 57%. Sono più del 24% le donne che necessitano di accoglienza e trovano sistemazione temporanea, con o senza figli, a volte con grave disagio sociale o con problematiche psicologiche o psichiatriche. Per la prima volta si sono aperte strutture di "emergenza freddo" per donne, 13 posti letto.

2. Tempi di vita e del lavoro

L'obiettivo è sostenere le famiglie e soprattutto le donne, nel difficile compito di conciliare tempi di vita e tempi di lavoro in tutte le fasi della vita. Agevolare l'autonomia personale, l'inserimento allo studio e al lavoro, fino al reinserimento nella routine post lavorativa. Così che il quotidiano non si riduca alla cura di vecchie e nuove famiglie, dato anche l'allungamento dell'aspettativa di vita.

Le donne a Firenze sono 194.733 su 365.966, pari al 53% dei residenti. Il tasso di fecondità pari a 1,08 è lontano dal valore di 2 che garantirebbe il ricambio generazionale.

Da contrastare è il "paradosso della bassa fertilità in parallelo con la bassa partecipazione femminile al mercato del lavoro". Oltre l'assegno di maternità, il sostegno alla natalità, l'assegno per il nucleo familiare, è necessario attivarci per una maggiore offerta di strutture utili a garantire alle giovani madri l'opportunità lavorativa. Nell'anno 2007-2008 gli iscritti alla scuola dell'infanzia (3-6 anni) sono circa 3.000. Nuove politiche in questo senso sono: la formazione di 150 educatori per la prima infanzia (fascia 0-3 anni); oltre ai 160 iscritti all'albo comunale per baby sitter.

Sappiamo che un posto di lavoro non costituisce tutela adeguata contro la povertà, se a ciò si aggiunge che dai dati occupazionali risultano essere sempre più le donne (di tutte le età) che svolgono lavori a ore, temporanei e sottoretribuiti.

Così come le prestazioni di previdenza sociale non offrono da sole tutela contro l'estrema povertà, ma anche a Firenze sono le donne che usufruiscono del maggior numero di pensioni minime, insufficienti a garantire "normale" sopravvivenza (circa €470 mensili).

Negli ultimi anni, il numero di famiglie monoparentali è aumentato. Sono 23.410 le famiglie monogenitoriali con figli, il 13% delle famiglie totali. Nell'85% dei casi il capofamiglia è una donna, e le famiglie a guida femminile "guadagnano" meno rispetto a quelle con capofamiglia maschio.

3. Immigrazione

Discriminazione razziale e intolleranza sono pratiche che peggiorano le condizioni di povertà, aumentano illegalità, emarginazione, esclusione sociale ed economica. Ciò si rafforza per donne appartenenti ai gruppi minoritari. Firenze ha avuto un aumento consistente della popolazione straniera: al 31/12/2006 i residenti stranieri sono 34.939, il 9,5% della popolazione residente. Le donne con cittadinanza straniera sono 17.914, il 9,2% delle residenti. Ogni 100 uomini stranieri, ci sono 105 donne. La presenza quasi paritetica di donne rispetto agli uomini è dovuta sia ai ricongiungimenti familiari che ad arrivi di nuovi gruppi etnici caratterizzati da modelli migratori diversi dal passato: si pensi alle donne provenienti dall'est o al flusso proveniente dalla Cina, composto da intere famiglie. Comportamenti riproduttivi: mentre per le italiane il tasso di fecondità è pari a 0,96, per le straniere è dell'1,86. L'età media al parto è per le immigrate di 28 anni, per le italiane di 33,5. Nel caso degli stranieri, il lavoro, oltre che vettore di autonomia, significa anche integrazione, formazione culturale e aggregazione sociale. Le donne appartenenti a minoranze etniche o religione subiscono un doppio trattamento discriminatorio a causa del sesso, dell'origine o della religione. A questo proposito un argomento delicato è quello della cultura rom, connesso allo stato di subalternità nel quale si trovano le donne; e con loro l'educazione delle future generazioni. I/le giovani hanno difficoltà ad inserirsi a pari titolo nella loro stessa comunità. Recentemente la Sds ha aperto un centro per un progetto di formazione e educazione rivolto a madri e figli/e, per affrontare, in particolare, le questioni legate a nascite e contraccezione.

4. Violenza domestica

Gran parte delle donne oggi senza fissa dimora hanno lasciato il tetto coniugale a causa della violenza esercitata ai loro danni.

A praticare la violenza domestica sono i familiari maschi più vicini, della stessa nazionalità delle donne aggredite. La maggior parte dei casi denunciati sono italiani. A Firenze sono 57 le donne che nel 2007 hanno sporto denuncia per violenza sessuale. Denunce in aumento rispetto alle 42 del 2006 e alle 37 del 2005. Le donne prese in carico presso il centro antiviolenza sono 207 al 30 settembre del 2007, le tipologie di violenza subita sono state 36 psicologiche, 18 sessuali, 136 entrambe le precedenti, 32 economiche, 4 per molestie fisiche, 18 per stalking (persecuzioni) e 2 per mobbing. Le fasce d'età principalmente coinvolte sono: dai 30 ai 39 anni con 61 casi e dai 40 ai 49 anni con 46 casi. Alle 161 italiane seguono le 13 di nazionalità romena. Il supporto dato dall'integrazione dei servizi va dal riferimento di cura e sollievo al reinserimento socio-lavorativo, dall'auto aiuto all'accompagnamento, alle sentenze in tribunale, oltre al sostegno legale e solidale al momento del processo.

Per le donne in fuga che vogliono cambiare vita si è creato il servizio della "Casa Rifugio", una protezione, un'accoglienza temporanea, per un periodo breve, rivolto sia a donne sole che con bambini, tutte persone in situazione di grave pericolo.

5. Prostituzione e sfruttamento

Con l'Unità di strada notturna, operatori specializzati di madrelingua che contattano sistematicamente le donne sulla strada, viene monitorata la situazione in città. S'informa su opportunità e servizi a disposizione. Dal gennaio al settembre 2007 sono stati effettuati 690 contatti per una stima di 100/120 donne. La prostituzione su strada è per la quasi totalità di donne straniere: rumene, nigeriane, russe, albanesi e di recente anche cinesi. Situazioni di estrema povertà conducono prevalentemente alla tratta delle donne, alla prostituzione, alla schiavitù, alla violenza più in generale, ad ogni tipo di sfruttamento illegale.

Alcuni esempi di interventi: "servizi di fuga", accoglienza per chi richiede protezione; "Mamma segreta" permette di affrontare la situazione sia che la donna decida di tenere il bambino sia che decida di partorire in anonimato; C.I.P.: si rivolge in prevalenza a immigrate e minori vittime del traffico di persone a scopo di sfruttamento sessuale.

Dal gennaio a settembre 2007 hanno aderito ai progetti di recupero 18 donne, di cui 12 nigeriane, 4 rumene, 1 russa e 1 albanese; sono 12 le donne che hanno intrapreso un percorso di fuoriuscita e 283 donne sono state seguite in percorsi socio sanitari.

Sempre più importante si dimostra il lavoro di "Mediazione dei conflitti territoriali" che viene svolto con la partecipazione delle comunità locali ad incontri di sensibilizzazione rispetto al fenomeno.

6. Terzo settore e le donne

Un dato tutto da esplorare è la presenza qualificata delle donne nelle associazioni di volontariato, la loro forte motivazione a dare consolazione, conforto e supporto umano, particolarmente importante questa presenza nelle reti di solidarietà. Nelle strade, nei quartieri, nelle abitazioni, oltre i contatti telefonici. Una rete irrinunciabile di prestazioni volontarie, collante delle variegate assistenze. Esempi: accoglienza residenziale per detenute con obiettivo abbandono dell'illegalità e inserimento sociale e lavorativo per acquisire autonomia. Formazione alla prevenzione, aiuto e sostegno psicosociale per madri e figli in difficoltà. Accompagnamento di donne straniere sole nei percorsi burocratici per la regolarizzazione della presenza, dell'istruzione, della sanità, della cittadinanza e lavoro. Ospitalità e sostegno a coloro che gravitano e dormono alla stazione, spesso donne con figli piccolissimi.

7. Donne anziane

I sistemi pensionistici colpiscono le donne che lavorano per un numero inferiore di anni, hanno avuto retribuzioni più basse o addirittura esercitato attività lavorativa non retribuita. Il rischio povertà interessa anche le persone di età superiore a 65 anni; dei 65enni il 61% sono donne e di queste il 40% sono anagraficamente sole. Sono oltre 9.000 gli anziani a casa che hanno bisogno di aiuto nelle attività della vita quotidiana personale (alzarsi, lavarsi, vestirsi e mangiare) che leggere (fare la spesa o pulire la casa), di questi quasi 6.000 sono donne.

Nel 2006 hanno avuto prestazioni di assistenza domiciliare diretta, indiretta, pronto sociale domiciliare e contributo badanti 1.721 persone, di queste 1.248 donne (73%). Nelle residenze protette, nel 2006 sono state assistite 2.473 persone, di queste 1.945 donne. Tra i 2.070 ultra-64enni ospitati in RSA le donne sono più del doppio. La SdS, in aiuto alle

famiglie, concentra la propria sperimentazione su azioni che rafforzino l'attuale sistema di servizi per la domiciliarità, tramite l'introduzione di interventi di sostegno e sollievo alle famiglie che riconoscano e sostengano il ruolo dei caregiver familiari (quasi sempre donne). Impegno della SdS è : la concessione di contributi finalizzati a garantire sostegno e riconoscimento del ruolo di supporto alle famiglie; attivazione di servizi integrati, compresa l'azione svolta direttamente dalla famiglia (donna), all'interno della rete dei servizi; potenziamento dell'offerta di servizi di sollievo da rivolgere alle famiglie che si assumono i compiti assistenziali.

Rinviando ad una successiva lettura di genere altri importanti settori di intervento, ad esempio alla cooperazione sociosanitaria in campo internazionale, oppure a progetti che mirano al sostegno sociale alla prevenzione e alla formazione di donne e bambini, riteniamo fin qui di aver dato stimoli al lavoro chiesto in questo convegno. La valutazione d'impatto sulla salute delle politiche non sanitarie si dimostra indispensabile alla soluzione delle disuguaglianze, in particolare alla riduzione di quelle di genere. Esistono disuguaglianze oggettive, e non certo per le risposte date nei servizi, dove ovviamente non è diversificato per genere l'operatore e/o il "cliente-cittadino", persona che usufruisce del sollievo garantito dal servizio stesso. Bensì per l'esclusione sociale, che interferisce per il mancato accesso, per chi non è in condizione di usufruirne con pari opportunità. La ricaduta procurata al genere femminile, soggetto che da sempre surroga l'insufficienza di servizi, è perdita di chances di studio, professionali, sociali. Ciò procura disorientamento e cambiamento di vita. La donna subisce una perdita che non è stata fin qui riconosciuta o quantificata in termini economici, politici o sociali.

Serve, dunque, promuovere la salute delle donne come indicatore della qualità, efficacia ed equità del SSN, ma soprattutto indicatore di civiltà e di benessere della società nel suo complesso.

E' chiaro che un cambiamento delle politiche verso un miglior approccio di genere presuppone la trasformazione culturale dei meccanismi che promuovono in ogni campo le politiche locali e nazionali, per tutta la comunità, dalla formazione di educatori, in ambito scolastico, sanitario, sociale e giudiziario. Impressiona, e ce lo dimostrano gli interventi di stamani, come fino ad oggi, nell'ambito delle politiche per le donne, non siamo riusciti a concepire la filosofia del mettere su un unico fronte del diritto del soggetto donna, le tante attività sanitarie e sociali che pure sono svolte dalle istituzioni e da altri settori pubblici e privati. Potrebbe essere utile un tavolo interistituzionale (città, regioni, governo) di condivisione di politiche esclusivamente mirate al riconoscimento, al sollievo e a garanzia di una nuova qualità della vita delle donne.

Da questo seminario possiamo lanciare un appello a tutti i soggetti politici istituzionali, affinché sia sempre più fitta e riconoscibile *la rete rosa* che evidenzi nuovi diritti di cittadinanza di genere, protegga a monte e sostenga nuove azioni per promuovere un vero cambio di indirizzo. Non più tutela a soggetto dei singoli frammentati bisogni, ma previsione di nuove opportunità condivise e stimolate dalle reti di una nuova cultura politica e sociale per tutta la comunità.

Ringrazio sentitamente promotrici, staff e tutti coloro che hanno fatto sì che questo seminario potesse avere luogo. In particolare, l'On. Maura Cossutta e la D.ssa Maria Paola Di Martino. Oggi sappiamo che era necessario fare un punto per partire. Starà a ciascuno di noi proseguire in rete con gli altri soggetti presenti sul territorio, coprotagonisti delle politiche nelle nostre città. Un percorso nuovo, il valore aggiunto che da qui prende il via. Grazie all'On. Ministra Livia Turco che vuole imporre il tema Salute in tutte le politiche, e contemporaneamente la valutazione dell'impatto sulla salute delle politiche non sanitarie. Tutto ciò con l'occhio vigile rivolto al tema della riduzione delle disuguaglianze, in particolare quelle di genere.

Disuguaglianze di opportunità che ci sono e sono emerse anche dai dati ascoltati oggi.

Perciò ribadiamo che noi ci siamo, con la nostra esperienza e con la voglia di crescere insieme. Occorre prendere atto di quanto la separatezza degli interventi di aiuto alla persona,

non giovi alla soluzione del contesto sociale che ha prodotto il singolo bisogno. Occorre la presa in carico unica di una miriade di richieste concentrabili in una stessa cornice di intervento integrato. Ciò compensa su più fronti il disagio temporaneo, o duraturo che sia, e accompagna il singolo individuo alla soluzione sempre personalizzata e, se necessita, alla ricostruzione della fiducia di sé. Condizioni di disagio non trascurabili o codificabili in casi, che stanno incombendo sempre più proprio su questa metà del cielo. Il rosa che così rischia di essere plumbeo.

Serve domandarci: come può essere in salute una donna che non è riuscita a finire gli studi o a trovare lavoro o a far carriera se ciò che glielo sta impedendo è l'aver un figlio? Come può stare bene una ragazza che è esclusa da un concorso perché potrebbe stare troppo assente per una futura maternità? Come può stare bene un'anziana che, al termine della propria vita, ha su di sé il peso della cura di due o tre familiari? Come possono, persone che vivono in povertà integrarsi, partecipare alla società e contribuire allo sviluppo della propria personalità? A questo possiamo e dobbiamo dare risposte, lo deve fare la comunità tutta, se vogliamo aiutare la bambina che nascerà domani. Merita di trovare un Paese nuovo davvero, degno della storia delle nostre costituenti e di quante dopo di loro, tanto hanno dato per far crescere il desiderio di pari opportunità. Ci sono garanzie e diritti che ancora troppe donne stanno aspettando.

Il Programma “Salute Donna” nel Piano per la Salute

Simona Arletti

Assessore alle Politiche per la Salute e alle Pari Opportunità del Comune di Modena

Il Comune di Modena ha intrapreso dal 2002 il percorso di predisposizione ed attuazione del Piano per la Salute (PPS). Il PPS è stato elaborato tenendo presente il concetto di salute coniato dall’OMS, che considera la salute, non soltanto come assenza di malattia, ma come una condizione di benessere fisico, psichico e relazionale, evidenziando quindi il necessario concorso di altre condizioni fondamentali allo stato di benessere più complessivo, fra cui: aspetti sociali, economici, abitativi, ambientali, di giustizia e ed equità sociale, di accesso ai servizi. La nostra salute dipende, quindi, da diversi fattori che, in modo diretto o indiretto, possono proteggerci dalle malattie o al contrario causarle. Bisogna tenere presente, inoltre, che questi fattori non agiscono singolarmente, ma si intrecciano tra di loro, rendendo così il quadro ancora più complesso.

Sono noti gli studi che dimostrano come, a parità di età, il rischio di morire è più alto tra i meno istruiti, tra le classi sociali più svantaggiate, tra i disoccupati, tra chi abita in case meno agiate e in quartieri degradati, tra chi vive solo o in situazioni familiari meno protette. Nelle società, cosiddette, “a sviluppo avanzato” sta aumentando la “forbice” tra chi vive in condizioni di benessere e chi in povertà, traducendosi in un progressivo aumento delle disuguaglianze, che si manifestano anche e soprattutto nell’impossibilità di esercitare il proprio diritto alla salute. Non si può intervenire solo sugli stili di vita e quindi sulle responsabilità individuali del singolo, seppur importanti. La tutela della salute richiede il contributo di tutti i sistemi sociali ed organizzativi che con il loro agire influenzano il benessere dell’individuo.

Il Piano per la Salute (PPS) si inserisce in questo contesto culturale. L’ambito territoriale in cui si realizzano i programmi d’azione del PPS è il Distretto, come indicato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, composta dai Sindaci della provincia, perché esso rappresenta un ambito territoriale più vicino alla comunità di cui si possono conoscere a fondo i bisogni e in cui si possono concretizzare gli interventi. L’importanza dell’ambito distrettuale, nella programmazione sociale e sanitaria territoriale, è stata ribadito nella recente Legge Regionale n°29 del 2004 della Regione Emilia Romagna.⁷

A Modena il Piano per la salute si compone di 6 programmi d’azione: Sicurezza Stradale, Salute Anziani, Salute e Sicurezza sul Lavoro, Salute Infanzia e Adolescenza, Patologie Prevalenti, *Salute Donna*.

Sappiamo tutti che gli indirizzi regionali in materia tendono ad integrare al massimo le azioni che debbono essere effettuate dal sistema sanitario e da quello sociale. Naturalmente condividiamo l’indirizzo, si tratta però di definire le strade da percorrere per far sì che tale indirizzo non si riduca alla semplice rideterminazione dell’offerta su parametri storici e autoreferenti dei servizi e non commisurata ai bisogni di salute della popolazione ed alla evoluzione di tali bisogni.

Il profilo di salute della città è caratterizzato da uno stato tra i migliori del nostro Paese: l’aspettativa di vita per i cittadini modenesi è infatti di 77,2 anni per gli uomini e 83,3

⁷ Per una sintesi del percorso normativo che ha portato alla previsione dei Piani per la Salute e la successiva loro predisposizione a Modena, si veda l’allegato al presente Abstract.

per le donne, ciò è dovuto principalmente ad un miglioramento della cura delle patologie, ad una complessiva riduzione dei fattori che sono causa di morte, ma anche alla prosperità della nostra società.

Parte rilevante di questo risultato è certamente dovuta al buon funzionamento delle strutture socio-sanitarie cittadine, all'organizzazione di servizi e attività efficaci, appropriate e accessibili, ma anche ad una complessiva efficacia nell'azione di governo oltre che delle strutture socio sanitarie del territorio, dell'ambiente, e delle attività tese a favorire l'integrazione delle diverse etnie e dei cittadini più deboli e bisognosi, consentendo così uno sviluppo socio-economico della società modenese con un buon rispetto dei bisogni individuali e collettivi, parte rilevante è altresì certamente dovuta anche alla costante azione di sostegno effettuata dalle associazioni che nella nostra realtà territoriale sono numerose ed efficaci.

Penso che possiamo sicuramente affermare che a Modena avevamo e ancor oggi abbiamo un welfare tra i migliori della nazione, un welfare che, assieme alle capacità di governo delle amministrazioni locali, ha permesso di raggiungere i livelli di benessere di cui oggi godiamo.

Negli ultimi anni abbiamo però registrato:

- un consistente mutamento della composizione demografica della popolazione (+anziani, + cronici, + stranieri);
- una consistente riduzione della capacità delle famiglie di sostenere i propri componenti anche durante momenti naturali di bisogno, o in momenti di crisi dovuti a bisogni imprevisti (inabilità temporanee, riduzioni di autosufficienza o capacità produttiva, ecc.);
- cambiamenti rilevanti delle condizioni sociali, collegati alle trasformazioni dei rapporti di lavoro e del sistema produttivo (+ precarietà, meno credito);
- manovre finanziarie destinate a contenere la spesa pubblica che hanno ridotto le risorse a disposizione delle Regioni e degli Enti Locali destinabili ad interventi socio sanitari (-risorse pubbliche provenienti dalla fiscalità generale), manovre su cui, con l'intervento portato avanti dal nuovo governo, stiamo finalmente registrando una inversione di tendenza tesa a mettere a disposizione della collettività risorse definite e un po' più adeguate rispetto ai bisogni;
- un progressivo indebolimento del potere di acquisto per le fasce più deboli che rende difficile, per tali soggetti, sostenere le spese necessarie a garantire assistenza ai bambini, ai diversamente abili, a quanti affetti da patologie invalidanti o degenerative (- risorse per acquistare servizi);
- una consistente variazione, in tipologia ed in aumento, della domanda di servizi, sia sanitari che assistenziali, dovuta principalmente alla mutata composizione della popolazione (più anziani, più bambini, più immigrati), ma anche a una diversa percezione e conoscenza da parte dei cittadini dei determinanti che influiscono sul proprio stato di benessere e di salute (+domanda di prestazioni, più interventi di prevenzione (screening) secondaria).

Tutto ciò delinea uno scenario di nuovi bisogni, che occorre conoscere e governare e che condiziona pesantemente le scelte da farsi in merito al sistema di welfare e alla sua eventuale rimodulazione, ma anche agli interventi generali di governo della società modenese.

I fattori determinanti della salute si distribuiscono nella popolazione in modo diseguale, spesso a svantaggio di alcuni gruppi sociali o di alcune aree e comunità più sfavorite.

Negli ultimi anni la forbice tra tali gruppi è progressivamente aumentata anche qui da noi.

Per migliorare la salute è dunque, necessario un forte e integrato intervento sui fattori che la condizionano, così come è necessaria una forte e qualificata rete di servizi sul territorio ed è indispensabile un efficiente ed efficace sistema di welfare, soprattutto per aumentare le opportunità e limitare il disagio di chi è più povero di risorse.

I settori di popolazione più vulnerabili e spesso gravemente colpiti dai nuovi e vecchi fenomeni negativi sono i minori, le donne, gli anziani e naturalmente i soggetti meno fortunati, quelli affetti da patologie croniche o degenerative. È quindi necessario, allo scopo di migliorare il livello di salute della comunità, costruire strategie, coordinate e dirette dal governo locale, coinvolgenti i singoli cittadini attraverso le loro organizzazioni e associazioni, il terzo settore, il mondo economico e produttivo, le associazioni di categoria, le istituzioni e i servizi competenti in modo che tali soggetti divengano attori del “Patto di solidarietà per la salute”.

Il Comitato che coordina il programma “Salute Donna”, di cui fanno parte esponenti del Comune, delle Aziende Sanitarie, e dell’Associazione del territorio, ha individuato i determinanti specifici che influiscono sulla salute delle donne (fattori socio-economici, condizioni di lavoro, lavoro non retribuito – domestico, di assistenza e cura, salute riproduttiva, salute di genere, situazioni di disagio, stili di vita).

Si è costruito il programma con una parte dedicata ai dati epidemiologici e socio-demografici delle donne residenti nel Comune di Modena⁸, con i dati disponibili sugli stili di vita, sul lavoro retribuito e di cura, rifacendosi ai risultati di alcune indagini promosse dal Comune di Modena⁹; sono stati inoltre raccolti i dati disponibili sul disagio (le denunce di violenza sulle donne, le donne in carico al Dipartimento di salute mentale, il disagio psichico, e la depressione post partum), i dati relativi alla principali cause di morte, alla salute riproduttiva e di genere, forniti dal Servizio di Epidemiologia dell’Ausl di Modena (trend delle cause di morte, incidenza-mortalità-sopravvivenza dei tumori femminili, le adesioni agli screening, le IVG), con un focus a livello distrettuale.

Una sintesi di questi dati è presente nell’allegato al presente Abstract.

Gli obiettivi specifici approvati, su cui abbiamo raccolto le azioni esistenti e orientato delle nuove, con la responsabilità e le risorse messe a disposizione dai soggetti, istituzionali e non, proponenti che aderiscono al Patto per la Salute, sono stati:

- 1) promuovere opportunità che possano favorire il benessere della donna e alleviare i suoi carichi di lavoro domestico e di cura sia rivolto ai figli che agli anziani;
- 2) mettere a fuoco, attraverso una lettura di genere, i determinanti che causano o possono causare problematiche di salute alle donne;
- 3) favorire le azioni necessarie a garantire la salute riproduttiva e di genere;
- 4) ricercare soluzioni dedicate ad attenuare gli effetti di situazioni di disagio e svantaggio.

Il programma ha raccolto complessivamente, dal 2004 al 2006, 80 azioni per un costo economico stimato pari a 6.8 milioni €, sostenuto tra tutti i soggetti che aderiscono al PPS e che partecipano con proprie risorse.

Con Delibera di Consiglio del 4/07/2005 sono state individuate due priorità su cui concentrare i nuovi interventi per il biennio 2006-2007:

- 1) Presa in carico dei bisogni di salute di genere con particolare riferimento al parto e alle scelte consapevoli sulla maternità;
- 2) Miglioramento dei percorsi dedicati alla diagnosi e cura dei tumori femminili.

A conclusione del percorso descritto, nel periodo 2004-2006 il Piano ha prodotto i seguenti risultati:

- Sono stati individuati i principali fattori determinanti che influiscono sulla salute delle donne, e sono state attuate azioni di monitoraggio e miglioramento;
- Sono state svolte alcune indagini a livello distrettuale per approfondire il tema degli stili di vita e della conciliazione dei tempi di vita e lavoro nel Distretto di Modena;
- E’ stata migliorata la conoscenza sullo stato di salute delle donne e di alcune criticità emergenti;

⁸ Il Distretto di Modena coincide con il Comune di Modena.

⁹ Indagini condotte su un campione di donne residenti nel Comune di Modena sugli stili di vita, sulla conciliazione tempo-lavoro, e sul lavoro di assistenza e cura.

- Sono stati coinvolti e messi in rete molti soggetti che partecipano direttamente con proprie risorse, per il raggiungimento degli obiettivi prefissati;
- Sono stati realizzati quasi tutti gli interventi programmati nel limite delle risorse messe a disposizione dai diversi soggetti coinvolti.

Il Comitato ha poi messo in evidenza *5 aree di criticità* su cui occorre sviluppare ulteriori sinergie nell'offerta di servizi, nel prossimo biennio:

1. Sostegno alla neogenitorialità (0-12 mesi) con particolare riferimento al momento successivo al parto fino al primo anno di vita del neonato;
2. Disagio psichico;
3. Percorsi di presa in carico delle donne positive agli screening e di quelle che non vi aderiscono;
4. la Violenza sulle donne ¹⁰ ;
5. le disuguaglianze di salute (individuazione di indicatori per misurare le disuguaglianze e interventi per ridurne gli effetti).

Le *disuguaglianze* nello stato di salute esistenti tra le persone e la popolazione sono conseguenza di una molteplicità di fattori. Le disuguaglianze si osservano su tutte le dimensioni della struttura demografica e sociale: a parità di età, il rischio di morire è più alto nelle classi sociali più svantaggiate, tra i disoccupati, tra chi abita in case disagiate e in quartieri degradati, tra chi vive solo o in situazioni familiari meno protette. Il livello di istruzione è un'altra variabile fondamentale poiché è portatore di conoscenze, abilità, possibilità di autogestione, capacità di scelta, senso di responsabilità per sé e per gli altri. Quando svantaggi socio-economici si associano a condizioni in cui è presente una patologia cronica o malattia mentale, le disuguaglianze si accentuano ulteriormente.

Un secondo ambito concerne le possibili differenze riscontrabili nell'accesso e nei trattamenti. Le persone appartenenti a fasce di popolazione svantaggiata accedono a un sistema di prestazioni sanitarie molto spesso intempestive, di qualità scadente, ripetitive, inappropriate e scarsamente efficaci. In particolare sono più esposte a "iperconsumo" di prestazioni inefficaci e inappropriate.

Per ciò che concerne la salute delle donne, sappiamo che due fattori (scolarità medio-bassa, cittadinanza straniera) ¹¹ sono significativamente associati a:

- Minor ricorso alle visite diagnostiche prenatali;
- Più frequente ricorso all'IVG;
- Più alto tasso di abortività, parto pretermine, e basso peso del neonato nel gruppo di donne con scolarità medio-bassa;
- Il livello di istruzione influisce anche sulla pratica dell'allattamento al seno;
- Conoscenza e pratica della contraccezione;

I fattori di svantaggio sociale e scolarità bassa dei genitori, ed in modo particolare delle madri, sono inoltre associate significativamente ad una maggiore incidenza di sovrappeso e obesità nei figli minori. ¹²

Allo stesso tempo, vi sono fattori che non sono correlati allo stato socio-economico ma che si presentano trasversalmente, quali l'abitudine al fumo, il disagio psichico o l'insorgenza di disturbi tipicamente legati al genere femminile, quali i disturbi del comportamento alimentare (anoressia, bulimia), e la depressione post-partum.

Cresce dunque il bisogno di studiare le disuguaglianze, perché la conoscenza dei fenomeni sia un presupposto essenziale della politica per diagnosticare i problemi, stabilire le priorità, valutare e controllare le conseguenze e l'impatto delle sue azioni.

¹⁰ E' in via di attivazione un Protocollo operativo distrettuale siglato tra Provincia, Prefettura, Forze dell'Ordine, Comune, Aziende Sanitarie, Ufficio Scolastico provinciale e le Associazioni impegnate sul territorio, per costruire modalità condivise dalla rete dei servizi di accoglienza delle donne maltrattate e vittime di violenza.

¹¹ Cfr Rapporto "Disuguaglianze in cifre", Regione Emilia Romagna.

¹² Risultati dell'indagine distrettuale condotta dall'AUSL di Modena nel 2007, su un campione bambini di 14 anni. I dati saranno presentati nel 2008.

Le disuguaglianze nella salute, perché inique da un punto di vista etico e perché “contraddicono la comune nozione di giustizia” sono un indicatore molto sensibile della complessa interazione esistente tra comportamento individuale e organizzazione sociale.

Provare ad analizzare le disuguaglianze nella salute significa quindi prendere in considerazione indicatori che riguardano non solo lo stato di salute dei soggetti, ma anche le modalità di accesso ai servizi e di trattamento, gli esiti delle cure fornite, senza tralasciare le modalità di dimissione-uscita dai servizi stessi e il collegamento con eventuali altri servizi/strutture.

Lo sforzo complessivo è quello di utilizzare le informazioni messe a disposizione dai diversi sistemi informativi (sanitari, demografici e sociali) per evidenziare i bisogni di cura e provare a ricomporre le fasi dei percorsi che i cittadini vivono all'interno dei servizi.

Il presupposto teorico di partenza è che i sistemi informativi, sanitari e sociali non possono essere concepiti logicamente e operativamente come mere banche dati, ma come insiemi logicamente integrati di metodi, strumenti, procedure e tecniche per la selezione, la raccolta, l'elaborazione e la distribuzione di informazioni. Come tali, dovrebbero essere in grado di fornire informazioni non solo sull'offerta di servizi e prestazioni, ma anche sui bisogni e sulla domanda, oltre che sulla qualità dei servizi offerti.

E' dunque opportuno cominciare a delineare un set di indicatori per lo studio delle disuguaglianze nei percorsi sanitari e socio-sanitari, che misurino:

- Lo stato di salute del target di popolazione considerato
- Le modalità di accesso ai servizi e ai trattamenti
- Gli esiti delle cure fornite
- Modalità di dimissione/uscita dai servizi
- Percorsi di presa in carico

sulla base di alcuni parametri significativi, quali -il genere, l'età', la cittadinanza, la scolarità, il reddito, il nucleo familiare (e il n° di persone non autosufficienti assistite), la condizione occupazionale.

Gli obiettivi e le priorità di salute individuati dal Piano per la Salute distrettuale, puntano a promuovere interventi di prevenzione primaria, secondaria, terziaria, da parte di tutti i soggetti del territorio, istituzionali e non, per migliorare il “benessere e la salute” della popolazione.

Gli obiettivi di lavoro finora perseguiti, e le nuove proposte rispetto alle criticità evidenziate, dovrebbero essere coerenti e convergere nel nuovo *Piano distrettuale per il Benessere e la Salute* che ricomprenderà tutti gli strumenti di programmazione territoriale di ambito sociale e sanitario.

Crediamo sia auspicabile, in questo senso, prevedere ed attivare equipe multiprofessionali, composte da epidemiologici, statistici, psicologi/sociologi, operatori di servizi, che lavorino sia sull'analisi dei dati, sia sull'approfondimento di tematiche specifiche; ad es. il tema della “maternità e donne migranti” e “aborti e donne migranti”.

Occorrerebbe a tal fine, che lo “studio e lotta delle disuguaglianze” fosse una priorità delle Aziende e dell'Ente, introducendo nuovi campi nelle rilevazioni, migliorando i sistemi di monitoraggio, e creando collegamenti tra le diverse banche dati, sociali e sanitarie.

Lo stato delle pari opportunità sul territorio cittadino

Francesco Paola De Vito

Assessore alle politiche socio-assistenziali, Comune di Foggia

Maria Rosaria Bianchi

Assessorato alle Politiche Sociali, Comune di Foggia

In coincidenza con l'anno 2007: “Anno europeo delle Pari Opportunità per tutti”, il Comune di Foggia ha effettuato un'analisi ricognitiva sullo stato delle pari opportunità nella città di Foggia, partendo dal presupposto che la riduzione delle disuguaglianze è la condizione necessaria per il conseguimento degli obiettivi di crescita, occupazione e coesione sociale.

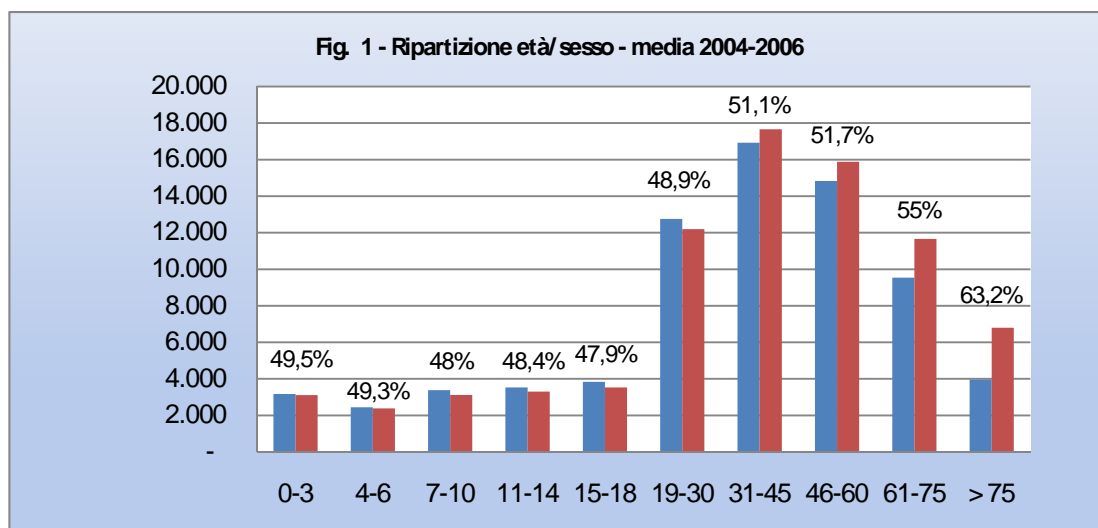
Tale analisi, realizzata dall'Assessorato alle Politiche Sociali del Comune di Foggia in collaborazione con la società Cia't s.r.l. di Foggia, è stata finalizzata ad avere un quadro completo delle politiche attuate nella nostra città sulle pari opportunità e mettere in atto una serie di azioni volte a favorire una riduzione delle disuguaglianze ed un approccio di genere nelle politiche della salute.

Infatti il Comune di Foggia in sinergia con gli altri attori istituzionali e socioeconomici del territorio, dall'analisi dei dati della ricerca effettuata - che si espongono qui di seguito - intende lavorare su un obiettivo condiviso: migliorare la condizione di vita e di lavoro delle donne che vivono ed operano nella città, favorendone la partecipazione attiva al mercato del lavoro, la conciliazione tra responsabilità professionali ed impegni familiari, con una sempre maggiore condivisione dei carichi familiari, la capacità di rappresentanza, l'associazionismo, il benessere e l'integrità fisica, in definitiva l'acquisizione di una cittadinanza attiva.

Iniziamo con un breve inquadramento demografico.

Al 31 dicembre 2006 la popolazione residente nelle sei circoscrizioni in cui è suddivisa la città di Foggia risulta essere pari a 153.529 unità. Rispetto al dato complessivo le donne superano gli uomini per 5411 unità; dato confermato anche dalle statistiche relative ai due anni precedenti, dove lo scarto è pari a 5300 unità per il 2005 e 5120 unità per il 2004. Guardando alla distribuzione per fasce d'età nell'arco del triennio 2004-2006 emerge tuttavia come il maggior numero di donne in percentuale della popolazione si registra tra i 31 ed i 75 anni ed in particolare nella fascia di età che va dai sessant'anni in su. Al contrario, nelle fasce giovanili di popolazione la quota femminile è inferiore a quella maschile su tutto il triennio.

La tabella che segue riporta la ripartizione media della popolazione per fasce di età e sesso nella città di Foggia nell'arco del triennio 2004-2006, con l'indicazione percentuale della componente femminile sulla relativa fascia di età.



Il rapporto 2005 dell'Osservatorio provinciale per l'Immigrazione (OPIF) di Foggia consente di tratteggiare inoltre la situazione della popolazione residente proveniente dall'estero.

Secondo il rapporto, al 31 dicembre 2005 gli immigrati comunitari ed extracomunitari residenti nel Comune di Foggia sono 1.405 (poco più del 18% rispetto all'intera provincia) con una prevalenza di donne (781) rispetto agli uomini (624).

Dal "XVI rapporto Caritas/Migrantes "Immigrazione 2006" emerge inoltre come all'interno della provincia di Foggia vi sia un'alta percentuale di persone provenienti dall'Africa (il 29% dei titolari di permesso di soggiorno residenti) e, in particolare, dell'Africa settentrionale (17,7%). Le percentuali della provincia di Foggia superano quelle delle altre province pugliesi. Del resto la percentuale di soggiornanti per lavoro subordinato è la più alta in Puglia: il 50,7%. Sempre nella provincia di Foggia si trova la più alta percentuale di titolari di permesso di soggiorno di età compresa tra i 19 ed i 40 anni. Diventa significativa la più bassa percentuale sul territorio regionale di titolari di permesso di soggiorno per motivi familiari (26,2%), l'alta percentuale (41,5%) di celibi e nubili e la scarsa percentuale (0,2%) di soggiornanti con prole.

I bambini ed i ragazzi immigrati iscritti nelle scuole pubbliche della città di Foggia nell'a.s. 2004-2005 sono in totale 298, con soli 8 nuovi iscritti nell'anno scolastico di riferimento di cui 2 iscritti nelle scuole per l'infanzia, due nella primaria e quattro nella scuola di primo grado, per una percentuale provinciale del 20,45%. Le donne iscritte nell'A.A. 2004-2005 all'Università di Foggia sono 45 di cui 7 provenienti dalla ex Jugoslavia, 12 dalla Grecia, 8 dall'Iraq, 9 dall'Albania, 2 dalla Bulgaria, 1 rispettivamente da Burundi, Camerun, Colombia, Polonia, Romania, Ucraina, Venezuela.

Il numero delle donne iscritte nell'A.A. 2004 -2005 è uguale a quello degli uomini immigrati. Come numero di immatricolati, nello stesso anno di riferimento, **14** sono donne e **10** uomini.

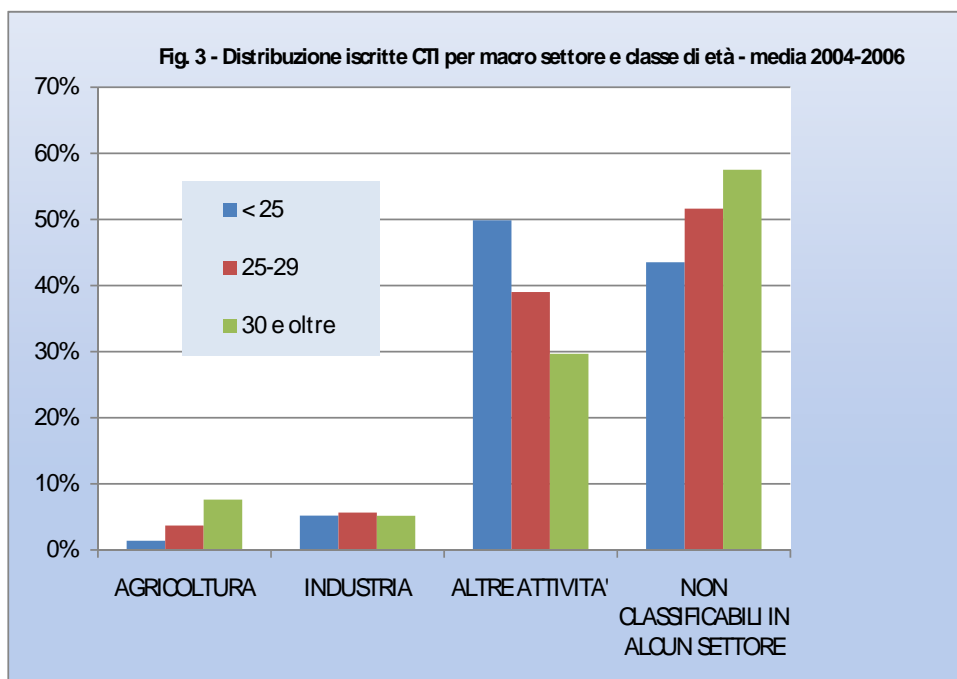
Università di Foggia - Immatricolazioni studenti stranieri (A.A. 2004-2005)

Facoltà	Maschi	Femmine	Totale
Agraria	0	2	2
Economia	8	2	10
Giurisprudenza	1	2	3
Lettere	1	7	8
Medicina	0	1	1

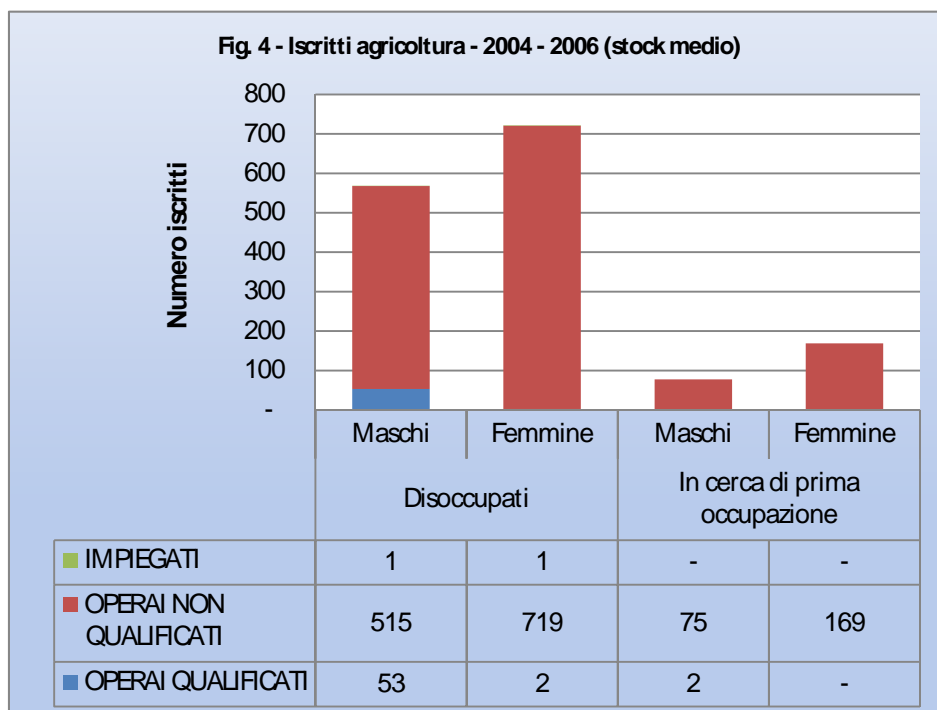
Foggia è l'ultima tra le province per tasso di occupazione femminile con una percentuale del 21,2%, preceduta solo da Crotone e Napoli ed è tra le prime tre province italiane per tasso di disoccupazione femminile (15,3%). Il dato sul tasso di occupazione femminile è particolarmente stridente visto che il tasso di occupazione maschile si attesta sul 60,3%, alzando la media dell'occupazione al 40,6%.

Guardando i dati in possesso del Centro Territoriale per l'Impiego di Foggia è possibile ricostruire una fotografia – anche se a grana grossa - delle principali componenti che caratterizzano il mercato femminile del lavoro nell'ambito cittadino, con particolare riferimento al triennio 2004-2006.

Dall'analisi dei dati ciò che colpisce, innanzitutto, è la predominanza delle iscrizioni non riconducibili ad un particolare settore di attività e l'elevata quota di iscrizioni nella categoria "altre attività". In particolare, in quest'ultima categoria rientra il 50% delle iscritte sotto i 25 anni di età, che invece rappresentano soltanto una quota residuale per quel che riguarda il settore dell'agricoltura, dove sono invece iscritte prevalentemente donne con più di trent'anni. (Vedi tabella che segue)

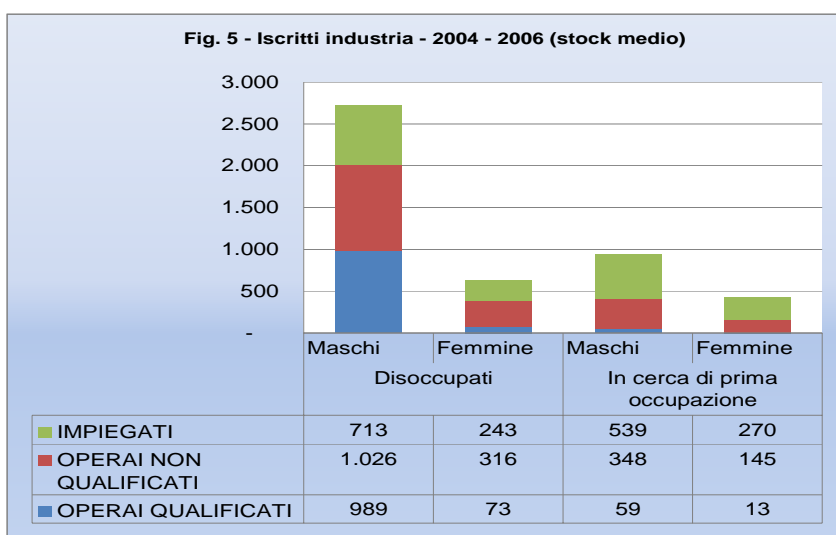


1. Per quanto riguarda l'Agricoltura



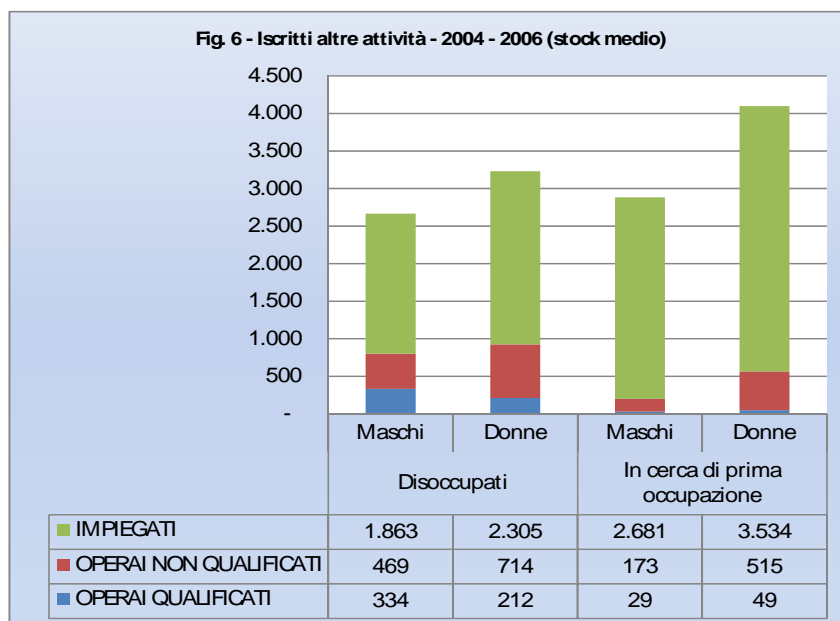
Dalla tabella emerge che il numero delle donne iscritte è superiore a quello degli uomini sia che si tratti di disoccupati che iscritti in cerca di prima occupazione. Tuttavia si tratta in maggioranza di iscrizioni che riguardano operai non qualificati, profili senza particolari specializzazioni.

2. Per quanto riguarda l'Industria



Vi è la netta predominanza degli iscritti maschi, soprattutto tra i disoccupati: tra le donne vi è una prevalenza di profili senza specializzazioni tra le disoccupate mentre tra le donna in cerca di prima occupazione vi è una maggiore quota di impiegate.

3. Per quanto riguarda le “altre attività”



Si nota la netta prevalenza di profili impiegatizi, soprattutto per le donne in cerca di prima occupazione, anche se restano comunque numerosi i profili senza particolari qualifiche. Lo stesso vale per le iscritte non classificabili; in questo caso, non sono presenti iscritti per i profili di operaio specializzato.

4. Le donne nella Pubblica Amministrazione

I dipendenti del **Comune di Foggia** a tempo indeterminato sono 980, di cui il **53%** uomini ed il **46%** donne. L'unica qualifica nella quale le donne sono in numero maggiore rispetto agli uomini è la C, con circa il 60%. Scendono al 41% nella qualifica D1, al 34% nella D3 ed ad una sola rappresentante nella qualifica di dirigente. I dipendenti a tempo determinato, nei periodi che vanno indistintamente nell'arco temporale compreso tra il 30 dicembre 2006 ed il 3 giugno 2007, sono in totale 110 di cui 49 donne con una percentuale del 44,5. Il personale LSU (57 unità complessive) è rappresentato al 33,9% da donne, mentre il personale Co.Co.Co. (in totale 40 unità) è rappresentato al 62,5% da donne.

5. L'imprenditorialità femminile

Il fenomeno delle donne imprenditrici a Foggia è abbastanza recente. Infatti è solo a partire dalla fine degli anni '70 che il fenomeno ha iniziato ad avere una qualche rilevanza, con il moltiplicarsi, ad esempio, delle licenze connesse alla professione di parrucchiera o al commercio sganciato da logiche di divisione familiare del lavoro, come l'abbigliamento.

Dagli anni '80 le donne iniziano ad entrare anche nel terziario (dalle assicurazioni agli asili) e nel mondo delle professioni, anche se resta preponderante il ruolo del commercio al dettaglio e quello legato alla produzione e alla vendita di prodotti agricoli. In ogni caso, dagli anni '80 in poi il dato caratterizzante è quello di una continua crescita del numero di donne direttamente o indirettamente coinvolte in attività di impresa.

Nell'anno 2006 guardando alla composizione settoriale dell'imprenditoria femminile a Foggia emerge come il commercio e l'agricoltura rappresentino le aree in cui si concentra la

maggior parte delle iscrizioni a titolarità femminile, seguite dai servizi, considerati nel loro insieme(Vedi tabella che segue)

Imprese femminili attive per settore economico (anno 2006)			
	Foggia	Provincia	Foggia/Provincia
Agricoltura, caccia, silvicoltura	968	8.806	11%
Pesca, piscicoltura e servizi connessi	1	7	14%
Estrazione di minerali	0	7	-
Attività manifatturiere	199	988	20%
Prod. distrib. energia elettrica, gas, acqua	1	1	100%
Costruzioni	146	490	30%
Commercio – beni persona/casa	1.021	4.602	22%
Alberghi e ristoranti	146	899	16%
Trasporti, magazzinaggio, comunicazioni	41	189	22%
Intermediazione monetaria e finanziaria	54	168	32%
Att. immob., noleggio, informatica, ricerca	199	537	37%
P.A. e difesa, assicuraz. soc. obbligatoria	0	0	-
Istruzione	49	116	42%
Sanità e servizi sociali	21	69	30%
Altri servizi pubblici, sociali, personali	184	874	21%
Servizi domestici	0	1	-
Imprese non classificate	35	102	34%
TOTALE	3.065	17.856	17%

6. Le donne e la politica

Nel Comune di Foggia, nel Consiglio comunale è presente una sola donna (al momento dell'elezione del Consiglio, nel 2004, le donne elette erano due). In Giunta le donne, esterne, sono due. Nei sei consigli circoscrizionali, su novanta eletti, le donne sono dieci, l'11%.

Solo nella commissione Lavori Pubblici è presente l'unico consigliere donna. Nei Consigli di Amministrazione di Amgas ed Ataf non c'è nessuna donna, mentre ne sono presenti due in Amica. Daunia Ambiente Spa, invece, è presieduta da una donna. Solo nel collegio sindacale di Amgas è stata nominata una donna. L'equità di rappresentanza di genere non sembra essere garantita nemmeno nei ruoli dirigenziali del personale del Comune. Su 14 dirigenti c'è solo una donna.

Anche il Comune, come la Provincia, nomina e designa propri rappresentanti in altri organismi. Nei diciassette censiti, una donna è presente solo nella Commissione per il riconoscimento dello status di rifugiato (ed ha già un incarico quale consigliere d'amministrazione di Amica) e due nel Consiglio di Amministrazione della Pia Fondazione "Lorenzo Scillitani" (all'epoca della nomina, le due amministratrici ricoprivano il ruolo di consigliere comunale).

Riguardo alla presenza delle donne nell'Amministrazione Provinciale (Consiglio provinciale, Giunta provinciale e Collegio dei Revisori dei Conti - è presente, nel loro insieme, una sola donna.

Pertanto dai dati emersi si evidenzia la necessità di sostenere e dare visibilità ed opportunità alla rappresentanza delle donne, con particolare attenzione ai luoghi decisionali, favorendo il riequilibrio della presenza dei generi nella rappresentanza politica.

7. Una città a misura di donna: le politiche di conciliazione a Foggia

Il tema della conciliazione, inteso come il raggiungimento di una migliore qualità della vita che può essere favorito dall'equilibrio tra i tempi di lavoro ed i tempi di cura, anche attraverso una riorganizzazione del mercato del lavoro ed una diffusione capillare dei servizi sul territorio, è un complesso sistema che comprende politiche attinenti ad aree ed attori diversi e che può essere declinata attraverso una serie di misure.

Lo strumento principale con cui l'Amministrazione Comunale ha inteso compiere scelte di cambiamento e di sviluppo per la comunità foggiana, in un'ottica prospettica di miglioramento continuo del sistema locale dei servizi, consolidando le reti che positivamente rispondono al bisogno e potenziando, migliorando e sperimentando nuove modalità di risposte, è rappresentato dal Piano Sociale di Zona.

Infatti, il Piano Sociale di Zona del Comune di Foggia ha scelto di focalizzare i propri interventi, privilegiando il sostegno alla genitorialità, nella considerazione che il nucleo familiare adeguatamente supportato possa far fronte alle nuove necessità e tenere insieme occupazione e famiglia, qualità professionale ed affetti.

Istituire servizi, garantendo la flessibilità degli orari ha significato sostenere le scelte delle persone a svolgere lavoro di cura e può diventare l'elemento chiave per l'affermazione nel lavoro della tutela dei diritti e per il superamento delle disuguaglianze tra uomo e donna, rimuovendo le cause di discriminazione basate sul sesso.

Pertanto, sono stati istituiti i seguenti servizi a sostegno delle famiglie:

- *l'istituzione di Family Point* - sportelli per le famiglie -, ubicati nelle Circoscrizioni della Città, che costituiscono un vero e proprio centro di informazione, comunicazione e animazione territoriale, in grado di garantire il coinvolgimento di tutte le risorse e i saperi della comunità locale.
- *Servizi ed attività di mediazione familiare* L'attività di mediazione favorisce la ricostruzione della relazione interpersonale e del legame sociale, creando una nuova zona di rispetto, di dialogo e di comunicazioni, che per vari motivi si erano interrotte. La "mediazione" è un luogo in cui l'esperienza del conflitto trova un ascolto competente e un supporto per possibili soluzioni. Tale attività costituisce modalità innovativa per affrontare la gestione dei conflitti e delle tensioni che possono presentarsi nei rapporti intrafamiliari
- *Centro per le Famiglie* quale luogo di incontro a ciclo diurno con caratteristiche di spazi di aggregazione sociale aperti alla partecipazione attiva delle famiglie, che favorisce momenti di ascolto e di orientamento, attivando gruppi di auto-aiuto.
- *N 3 Centri diurni:*
 - Centro diurno "Bakhita",
 - Centro diurno "Allegra brigata",
 - Centro diurno "San Giuseppe",

Il centro educativo rappresenta un'unità di offerta polifunzionale strutturata in maniera tale da fornire un servizio di assistenza diurna con caratteristiche di costanza e di continuità nel tempo a sostegno della vita familiare.

- *Ludoteca "Ambarabà"* che costituisce sul territorio punto di riferimento per azioni orientate a favorire la cultura e la pratica del gioco in una zona territoriale centrale completamente sprovvista di strutture aggregative e ricreative.
- *Sostegno economico madri nubili* per sostenere le donne nelle responsabilità e impegni di cura qualora si trovino ad affrontare situazioni di particolare carico assistenziale e disagio economico.

- *Contributi economici in forma indiretta- contributi per la natalità* a favore di giovani coppie che si trovano ad affrontare parti gemellari e plurigemellari o parti che portino alla gestazione di un individuo che presenti particolari malformazioni od anche alla nascita di un neonato che sia affetto da specifiche e gravi forme di disabilità, diagnosticate anche dopo la nascita. Tali contributi sono riservati a tutti i cittadini residenti nella città di Foggia.
- *Contributi per acquisto della prima casa a famiglie di nuova costituzione e/o famiglie numerose*, in favore di tutti i residenti nella città di Foggia in base ai requisiti indicati dalla L.R. n. 5/2004 e delle Delibere di Giunta Regionale n. 2100/2004 e 474/2005, per sostenere la formazione di nuovi e/o numerosi nuclei familiari attraverso il sostegno all'acquisto dell'abitazione.
- *Attività ricreative e di socializzazione extrascolastiche: Giochiamo al teatro.* L'azione si propone di raggiungere, attraverso l'attività teatrale, l'arricchimento degli schemi percettivi, cognitivi e comportamentali. I bambini e gli adolescenti sono stimolati ad una maggiore creatività in tutte le proposte di laboratorio, in modo da divenire veri e propri protagonisti dell'arte.
- *Attività ricreative e di socializzazione extrascolastiche: Vivere il territorio.* L'azione prevede la valorizzazione di Parco San Felice – uno dei poli verdi della città - come fulcro di iniziative di rete tra le strutture appartenenti a quel territorio, attivando una ludoteca all'aperto, quale occasione d'incontro e di opportunità di gioco, oltre all'organizzazione di eventi culturali e sportivi tesi ad incrementare la fruizione degli spazi urbani e naturali esistenti sul territorio.
- *Attività ricreative e di socializzazione extrascolastiche: Ariete - Spazio verde a misura di bambino* che intende far diventare la Villa Comunale un luogo di piena cittadinanza per i più piccoli, costruendo una rete di Agenzie Educative, socio-ricreative e culturali, realizzando attività di animazione, oltre alla progettazione partecipata degli spazi della Villa Comunale, ascoltando e coinvolgendo i bambini della città.
- *Attività educativa di strada: "Oltre la strada - educativa e lavoro di strada"* Il servizio è attuato nelle zone ad alto rischio della città e precisamente nella V Circoscrizione, comprendente i tre rioni: Camporeale, Biccari e San Ciro e nella VI Circoscrizione, comprendente la zona Croci e Candelaro. Le finalità che si intendono raggiungere sono di prevenzione della devianza attraverso percorsi didattici integrati all'interno delle scuole elementari del territorio considerato e di seguire gruppi informali di adolescenti nelle varie zone della città, attivando azioni educative di rinforzo e consolidamento dell'agio.
- *Attività d'informazione e orientamento giovani: Centro di promozione delle risorse e della crescita personale degli adolescenti.* Tale azione è diretta a studenti delle scuole medie superiori della città, in una fascia di età compresa tra i 14 e i 15 anni. Risultato finale dell'intervento sarà l'elaborazione di un preciso bilancio del sé dell'adolescente, delle proprie potenzialità e dei propri valori di fronte ad una eventuale scelta di vita.
- *Asili nido.* Tale servizio assicura l'educazione, la cura e la socializzazione dei bambini avendo come finalità principali il loro benessere psico-fisico e lo sviluppo delle loro potenzialità cognitive, affettive e sociali. Il servizio si impegna in un'ottica di miglioramento continuo e di permanente orientamento ai bisogni dell'utenza. Gli asili nido si impegnano ad assicurare la personalizzazione del servizio, curando le relazioni in modo individuale, favorendo l'inserimento come fase fondamentale dell'accoglienza e del dialogo con e tra i genitori, in modo rispettoso dei tempi e delle esigenze di ciascun bambino.
- *Ludoteca itinerante: Lunabus* La ludoteca porta ovunque il gioco, l'animazione, lo spettacolo, i laboratori nei luoghi più diversi: piazze, giardini, borgate, parrocchie, cortili condominiali e scolastici, ospedali .

Le azioni previste sono:

Lunabus nelle Scuole;

Lunabus in corsia;
Lunabus per il diritto al gioco in Città;
Lunabus nelle borgate.

- *Ludoteca Minori residenti nelle Borgate* Servizio istituito in risposta alle numerose richieste giunte da parte dei genitori dei minori residenti nelle borgate, mirante a creare spazi per attività di gioco, di socializzazione e per il tempo libero, garantendo la mobilità sociale.
- *Trasporto sociale* L'intervento è destinato a cittadini disabili che, per impedimento fisico, condizione familiare e/o economica, siano impossibilitati a raggiungere i servizi e/o le strutture socio-assistenziali e ricreative.
- *"Oltre la violenza" Servizio di telefonia in favore delle donne vittime di violenza* Tale servizio consiste in un'azione strategica di interventi di ascolto, informazione, consulenza e sostegno psico-sociale, volta a realizzare un centro di ascolto per attivare pari opportunità alle donne e iniziative di contrasto alle situazioni di violenza contro le donne e i minori .
- *Casa rifugio per donne vittime di violenza, anche con figli* Tale struttura residenziale, a carattere comunitario, da istituire nella Città di Foggia, è in grado di offrire pronta accoglienza a donne, anche con figli, vittime di violenze, abuso o che vivono situazioni di grave conflitto familiare.
- *Contributi economici per strutture residenziali che accolgono donne anche con figli minori in situazioni di disagio o vittime di violenza* Tale intervento si attua per tutelare le donne vittime di violenza, anche con figli, per le quali si renda necessario l'allontanamento dal proprio ambiente sociale e familiare. Consiste nella corresponsione di rette alle strutture che li ospitano su disposizione dell'Autorità giudiziaria. Le strutture devono essere in regola con gli standards previsti dalla normativa vigente.
- *Equipe integrata sull'abuso e maltrattamento* L'equipe si affianca all'equipe Adozioni, affidamenti e Accoglienza e assolve ai compiti di valutazione/validazione, presa in carico e trattamento, elaborazione del progetto di aiuto e di sostegno delle vittime di violenza.

Pertanto, dall'analisi attuata sullo stato delle pari opportunità a Foggia, l'Amministrazione Comunale, in raccordo con tutti gli Organismi presenti sul territorio, ha deciso che tutte le attività che saranno realizzate in ambito cittadino osserveranno i seguenti criteri:

- la condivisione di un metodo di lavoro, fortemente connotato dalle specificità e dai valori del territorio, incentrato sulla progettazione integrata e partecipata;
- la predisposizione di azioni comuni, sinergicamente coordinate ed organizzate tra loro;
- il consolidamento di reti in grado di dare voce ai bisogni delle persone ed amplificare le capacità di risposta del territorio.

Nello specifico si cercherà di attuare le seguenti linee programmatiche:

- a) Favorire la concreta rimozione degli ostacoli per la sostanziale realizzazione della parità tra donne e uomini in attuazione del principio d'eguaglianza sostanziale;
- b) Favorire, tutelare, promuovere la cultura del mutuo rispetto e la valorizzazione delle differenze per una cultura della diversità in tutti gli ambiti sociali e istituzionali;
- c) Promuovere e favorire politiche d'inclusione di tutti i cittadini, senza distinzione, come lotta ad ogni forma di discriminazione basata sul sesso, la razza, l'origine etnica o sociale, le caratteristiche genetiche, la religione o le convinzioni personali, patrimonio, la nascita, gli handicap, l'età o le tendenze sessuali;

- d) Favorire la cooperazione e le attività di solidarietà per la promozione dell'uguaglianza sostanziale e formale e della coesione territoriale.

Promozione della salute della donna tramite la conoscenza dei servizi territoriali socio-sanitari

Rosanna Di Natale

Staff Assessore Raffaella Milano, Assessorato Politiche sociali e promozione della salute del Comune di Roma

1. Le donne: guide esperte del SSN

E' difficile dire con certezza quali siano le politiche non sanitarie che hanno un impatto misurabile sulla salute. Per quanto riguarda le competenze dei Comuni si parla di prestazioni sociali a rilevanza sanitaria con "l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute". Tali attività possono essere prestate con partecipazione alla spesa da parte dei cittadini e si esplicano attraverso interventi di sostegno economico, di aiuto domestico, di ospitalità alberghiera. Altre prestazioni di competenza congiunta delle ASL e dei Comuni, sono quelle socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria e in particolare quelle riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto nelle fasi estensive e di lungoassistenza e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare e nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali. Questa a grandi linee l'area dei servizi dove si interviene in maniera integrata. Ma va considerato anche il ruolo fondamentale che i Comuni svolgono in tema di prevenzione.

Integrazione sociosanitaria e prevenzione sono, e devono essere, progettati e valutati con un approccio di genere. E questo a partire dall'osservazione del ruolo che le donne hanno non solo come utenti dei servizi sanitari ma anche come quelle che spesso "introducono e guidano" gli altri utenti al Servizio sanitario¹³.

Le donne sono di fatto i soggetti che (a proprio beneficio o a beneficio di altri) usano più di chiunque altro il SSN e, quindi, è necessario che più di chiunque altro ne capiscano i meccanismi.

Il termine "cura" non è solo un sostantivo femminile ma un tema che a oggi interessa soprattutto le donne in quanto madri che accudiscono figli, figlie che accudiscono genitori, e, spesso, anche mogli che accudiscono mariti!

Donne e SSN: per il ruolo, per l'impiego che ne fanno, è fondamentale concepire, organizzare e comunicare obiettivi, orari, organizzazione, percorsi.

Proprio per questo ruolo di guida possiamo dire un "servizio" sanitario non esiste veramente se non è compreso e utilizzato dalle donne.

Il SSN è pensato fin dall'inizio come universale, rivolto a tutti. E' un "Servizio". Anche se di fatto oggi tutti usano ormai il termine "Sistema" e non più servizio.

Questo cambiamento linguistico a 30 anni dalla 833/78 non è cosa da poco. Negli anni in cui nei cittadini si consolidava l'idea del Servizio si costruiva di fatto il Sistema.

Oggi esiste una complessità del SSN che è continuamente messa in discussione dalle continue modifiche dovute alle necessità economiche, alle evoluzioni epidemiologiche e alle nuove conoscenze che operatori e cittadini hanno sul sistema stesso.

¹³ Un po' come Virgilio fa con Dante all'interno della Divina Commedia.

Questi mutamenti e questa complessità rendono ancora più necessario che il sistema, la rete dei servizi, sia conosciuto in maniera approfondita (e venga fatto conoscere in maniera facilitata) a chi spesso ne fa un uso quotidiano per sé, per la prevenzione e la cura dei bambini, per la gestione delle cronicità degli anziani, ecc.. La donna in questo senso può essere immaginata come una sorta di elemento “conduttore” della rete dei servizi e moltiplicatore degli effetti pensati per ogni specifico servizio.

I termini che spesso vengono usati dalle donne per descrivere un servizio sono: ”si fa presto”, “sono accurati e gentili”, “ti fissano loro le visite successive”. Termini che tengono conto del Tempo e della Continuità.

Il tempo e la continuità sono fondamentali nella gestione della cura e, soprattutto, nella prevenzione. In questo contesto le donne, più di chiunque altro, sanno che prevenire è meno faticoso e meno dispendioso che curare.

2. Politiche non sanitarie e approccio di genere nel comune di Roma

Valutare l’impatto che alcune politiche possono avere sul territorio del Comune di Roma è abbastanza complesso sia per l’estensione e sia per la popolosità della città. Peraltro, grandi diversità sono rilevabili all’interno dei 19 municipi (ognuno dei quali può essere paragonato a una città medio grande) dove convivono realtà, situazioni socioeconomiche e di accesso, opportunità di servizi notevolmente diverse.

L’Assessorato Politiche sociali e promozione della salute del Comune di Roma non ha attivato politiche di genere ad hoc. Per rispondere alla richiesta di questo incontro sono state “lette” le attività dell’Assessorato come iniziative che rispondono alle donne in quanto:

- protagoniste (guide);
- soggetti a cui portare sollievo;
- vittime di violenza.

2.1 Donne protagoniste di politiche

Di seguito si accenna ad alcune iniziative all’interno delle quali il ruolo giocato dalle donne è fondamentale come soggetti detentori di maggiori responsabilità e, quindi, anche come promotrici di politiche di prevenzione e salute.

Iniziative del Comune di Roma in tema di HIV e AIDS.

Da anni è attivo il *Coordinamento romano hiv* che riunisce le onlus e le cooperative sociali che a Roma intervengono sul tema dell’hiv/aids. Finalità del coordinamento cittadino hiv è di offrire supporto attivo e consulenza all’Amministrazione Comunale per la definizione di programmi e interventi nell’ambito dell’hiv/aids.

Sono stati individuati quattro macrotemi di attività:

- la soddisfazione dei bisogni della persona ed i servizi di sostegno;
- l’integrazione sociale;
- la prevenzione primaria e secondaria;
- il diritto alla salute.

Nei primi mesi del 2007, il Coordinamento ha deciso di dare vita ad una iniziativa di informazione e prevenzione denominata “*Street test. Il test hiv scende in strada*”.

Per la prima volta in una grande città italiana il test dell’HIV è stato portato “sulla strada”, per avvicinare i cittadini alla prevenzione e alla diagnosi precoce della malattia. Sono sempre di più, infatti, coloro che si accorgono di aver contratto il virus solo ai primi sintomi, magari a distanza di anni dal contagio, senza aver dato avvio per tempo alle cure e alla prevenzione rispetto al rischio di contagiare altri. In particolare si parla sempre più di persone over 40 e in maniera specifica si fa riferimento al target delle “mogli”, cioè a soggetti insospettabili.

La campagna, promossa dall'Assessorato alle politiche sociali e promozione della Salute del Comune di Roma, e da NPS network persone sieropositive, ha visto il coinvolgimento del Coordinamento Romano HIV che ha messo a disposizione 70 volontari formati; della Farmacap – che ha fornito il camper sanitario e il materiale di consumo per i prelievi -, dell'Istituto Superiore di Sanità, della Regione Lazio e delle tre strutture sanitarie IRCCS Lazzaro Spallanzani, Policlinico Tor Vergata, Policlinico Umberto I che hanno messo a disposizione le équipes sanitarie che hanno eseguito il counseling e i test. La campagna di comunicazione dello “*street test*” è stata curata gratuitamente dalla Saatchi&Saatchi.

Tre sono state le tappe del camper sanitario: Piazza Farnese, Piazza Cinecittà e Pontile di Ostia. In ogni appuntamento, tutti i cittadini hanno avuto l'opportunità di avere informazioni sull'HIV, di fare counseling e di effettuare il test anonimo e gratuito, recandosi poi a ritirare i risultati presso le strutture sanitarie.

In 22 ore complessive di attività di prelievo si sono sottoposti al counseling 232 persone e hanno eseguito il prelievo sul camper sanitario 230 persone. Di queste, il 56% erano maschi e il 44% femmine.

Assistenza Domiciliare. Il Comune di Roma dai primi anni '90 offre un servizio di assistenza domiciliare attraverso alcuni soggetti che storicamente si occupano di malati di Aids a Roma. Dei 400 utenti attualmente assistiti 231 sono maschi e 169 le donne e 17 bambini.

I servizi erogati sono molto diversificati a seconda dello stadio della malattia. In generale si tratta di:

- Trasporti (ospedale, visite, ecc.)
- Cura e igiene della persona.
- Disbrigo delle pratiche e vita quotidiana (invalidità, INPS, bollette utenze, spese, ecc.).
- Socializzazione (cinema, centro diurno, laboratori di restauro o fotografia, ecc.)

Prevenzione. Per il terzo anno, presso le scuole secondarie inferiori e superiori del Comune di Roma, sono in corso iniziative sulla prevenzione dell'HIV e delle malattie sessualmente trasmissibili a cura di associazioni esperte.

2.2. Prevenzione e servizi

In collaborazione con la ASL Roma B e Farmacap (Azienda farmasociosanitaria capitolina) viene effettuato un lavoro di prevenzione nei campi Rom presenti sul territorio dei Municipi della ASL RM B. Un camper attrezzato di Farmacap con a bordo personale medico della ASL svolge periodicamente alcuni interventi essenziali di prevenzione come le vaccinazioni ed altro orientati soprattutto a bambini e anziani. L'obiettivo è quello – tramite il coinvolgimento delle donne - di orientare ai servizi sanitari presenti sul territorio.

Da anni il Comune sostiene un servizio di *mediazione culturale* presso il servizio di IVG (interruzione volontaria di gravidanza) dell'azienda ospedaliera San Camillo Forlanini. Il servizio è orientato a fornire tutte le informazioni sia sull'IVG e sia sulle possibilità presenti sul territorio per chi decida di portare avanti la gravidanza. Più di recente il servizio è divenuto fondamentale per la presenza di molte donne (in special modo rumene) che troppo spesso “ritornano” perché totalmente prive di conoscenze in tema di contraccezione.

Da circa un anno il Comune ha aperto presso l'Assessorato uno *sportello contro il tabagismo*. E' interessante notare che la richiesta del servizio vede una maggiore presenza delle donne che, spesso, segnalano e chiedono suggerimenti per casi in famiglia.

2.3 Donne quali soggetti a cui portare sollievo

Da qualche anno è attivo un *Registro cittadino assistenti familiari* (cosiddette “badanti”). La necessità è stata quella di certificare personale divenuto ormai indispensabile e prezioso (costituito soprattutto da donne) che entra nelle case e solleva soprattutto le donne dalla cura di genitori anziani o altre situazioni di fragilità.

Sempre nell’ottica del “sollevare”, sono stati creati i centri *diurni per anziani fragili* per consentire a intere famiglie (con parenti affetti da Alzheimer) di poter contare su alcune ore di sollievo in uno spazio e un tempo in cui è possibile che altri assistano il proprio caro. Con il medesimo approccio sta aprendo in collaborazione con la ASL RMB una casa per persone in *stato vegetativo persistente*.

2.4 Donne vittime di violenza

Il servizio *Roxanne* è stato istituito nel 1999 con delibera del Consiglio Comunale con l’intento di tutelare le donne che vivono situazioni di sfruttamento e di vera e propria schiavitù attraverso la realizzazione di una rete di supporto formata da unità di strada e “case di fuga” che consentono alle donne sfruttate dal racket della prostituzione di costruire un futuro diverso.

Il Comune di Roma, inoltre, partecipa con una postazione telefonica al numero verde nazionale contro la tratta 800290290, attraverso il quale vengono curate le azioni di sistema e di raccordo con le altre realtà nazionali.

Nel dettaglio i servizi attivati sono i seguenti:

1. prevenzione e riduzione del danno, rivolto a tutte le persone presenti su strada (donne, transgenderismo, omosessualità);
2. quattro servizi di unità di strada, per attività di contatto, informazione e tutela sanitaria, conoscenza e invio ai servizi; un ambulatorio con ore dedicate all’accoglienza di persone che si prostituiscono – ASL RM/B;
3. consulenza, rivolto allo stesso target attraverso le attività di uno sportello diurno, realizzato con operatori delle unità mobili e con la partecipazione, aperto mattina e pomeriggio dal lunedì al venerdì, oltre il sabato mattina; attività di consulenza e orientamento, anche di carattere legale; curando la relazione e la costruzione di un rapporto fiduciario, individua possibili donne intenzionate alla fuoriuscita.

Nel mese di novembre 2007 è stato presentato in Campidoglio, dagli Assessorati alle Pari Opportunità e alle Politiche Sociali, “*H24 donne servizio per le donne vittime di violenza*”, un nuovo servizio comunale di pronto intervento per le vittime di violenza. Il servizio si avvale della collaborazione di due associazioni con grande esperienza nel settore: Telefono Rosa e Differenza Donna. Scopo principale, affiancare le forze dell’ordine e gli operatori sanitari nell’accoglienza delle donne vittime di abusi.

Il servizio agisce in rete con i Centri Antiviolenza e con le altre strutture di assistenza sociale già operanti sul territorio. Si occuperà di tutti i casi di violenza, avvenuti in luogo pubblico o tra le mura domestiche.

“H24 donne” funziona così: gli operatori delle forze dell’ordine – che ricevono una denuncia per violenza contro una donna – e quelli del pronto soccorso e dei servizi di emergenza – che soccorrono una vittima – segnalano immediatamente il caso alla Sala Operativa Sociale del Comune. Questa si mette subito in contatto, a seconda delle caratteristiche e dei problemi specifici della persona coinvolta, con l’associazione Differenza Donna (per i casi di violenza contro donne italiane) o con Telefono Rosa (per quelli contro donne straniere).

Le associazioni assistono quindi la vittima a tutto campo, mettendo a disposizione un’équipe di professionisti (mediatrice culturale, psicologa, avvocato, assistente sociale) e un insieme di servizi pratici come il disbrigo di pratiche burocratiche e medico-legali. A partire

dal 2008 sono previsti seminari di aggiornamento per gli operatori del pronto soccorso (medici, paramedici e ausiliari). Obiettivo, specializzare le competenze in materia di individuazione della vittima, presa in carico, connessione con gli aspetti investigativi ecc.

Parte Terza

Interventi non programmati

“NO WORK?.....NO CHILDREN!”

Toschi Marina

Consigliera di Parità Regione Umbria, Ginecologa - responsabile Consultori Lago Trasimeno

Intervengo in questa discussione come Consigliera di Parità della Regione Umbria e come coordinatrice del gruppo di lavoro “SESSUALITA’ e RIPRODUZIONE” della Commissione sulla Salute della donna, recentemente istituita dalla Ministra TURCO.

Vorrei portare l’attenzione su una delle più gravi disuguaglianze esistenti nel nostro Paese, causa di molti problemi e non solo per le donne.

Siamo e restiamo, rispetto al resto dell’Europa, uno dei paesi con il più basso tasso di donne che svolgono lavoro remunerato. Brilliamo invece tra i Paesi che vantano il maggior numero di ore di lavoro gratuito, svolto dalle donne nella cura delle persone e della casa.

Le donne che lavorano anche fuori dell’ambiente domestico, malgrado quanto è scritto nelle leggi, a parità di posizione lavorativa, prendono in media salari più bassi, fino ad un 30% in meno in busta paga. Hanno minori benefits, minor numero di ore per aggiornamento professionale e così via. Questo si può ben rilevare dai Rapporti Biennali che le consigliere di Parità di ogni Regione, sono tenute a fare (DL 196/00) elaborando i dati inviati dalle aziende con più di 100 addetti. Sappiamo che ormai queste Aziende sono la minoranza, ma possiamo ritenere che la situazione non sia migliore né per le aziende più piccole né per le numerose donne e uomini che vivono gravi situazioni di precariato.

“ NO WORK?... NO CHILDREN!!” era scritto su un cartello indossato da una ragazza delle tante partecipanti ad una manifestazione tenutasi a Milano nel gennaio 2006, chiamata “*Usciamodalsilenzio*”.

Credo che sintetizzi molto bene la situazione delle tante ragazze e ragazzi italiani che si trovano ad affrontare gravi difficoltà legate al processo di precarizzazione del mercato del lavoro, che non rende certo facile decidere di far nascere un bambino all’età in cui sarebbe giusto farlo, provocando il fenomeno che ci porta in media in Italia ad avere più di 29 anni alla nascita del primo figlio e perciò ad averne molto difficilmente un secondo.

Poiché dai dati della letteratura (vedi studi ISS 2004) si evidenzia che le donne lavoratrici, proprio per un loro maggiore *empowerment*, hanno migliori esiti perinatali (minor tasso di TC, migliori peso alla nascita, allattamento prolungato) . Possiamo quindi ritenere molto ragionevole la scelta di queste giovani donneo coppie, ma certo non sappiamo davvero quanto questa si possa sempre definire scelta, e non piuttosto un difficile slalom tra desiderio riproduttivo e necessità ed obblighi legati al mondo del lavoro e alla mancata e difficile conciliazione tra vita familiare e lavorativa. Sappiamo poi quanta sofferenza si accumula in ciò che è stato da noi regolato dalla legge n40, ovvero nelle difficoltà aggiuntive legate alla riproduzione i età più avanzate. La biologia non segue immediatamente il modello sociale esistente e questo è causa di molte difficoltà.

Il World Forum of Economics del 2007, ci ha appena rivelato che noi siamo l’84mo paese al mondo per le Pari Opportunità, calcolando proprio il tasso di disoccupazione e il numero di donne presenti in luoghi decisionali, come il Parlamento (12% nel 2007, rispetto al 20% circa di donne madri della Costituente del 1948).Ciò che ci fa evitare posti più arretrati nella classifica, sono solo il grande numero di donne che studiano e riportano i migliori voti di laurea con tempi più brevi di sosta nelle università... peccato che poi invece per entrare nel

mondo del lavoro venga ritenuto pericoloso il loro essere, verso i 25/30 anni, “a rischio di riproduzione” e quindi fa spesso preferire l’assunzione di un laureato di sesso maschile. E’ assolutamente necessario modificare l’approccio del modo del lavoro alla presenza femminile, salvo pagare gravemente lo scotto dello spreco e la fuga delle grandi competenze femminili accumulate nel nostro Paese. La riduzione delle nascite legata al mancato recepimento del bisogno delle donne di essere sostenute nel loro percorso di maternità , di lavoro di cura verso bambine/i ed anziane/i.

Un modello di sviluppo che valorizzi le competenze femminili nel mercato del lavoro, sarà garanzia di un vero miglioramento non solo dello stato di salute mentale e fisica delle persone ma anche della società tutta, poiché imparerà a riconoscere davvero la nascita come un bene comune.

L'esperienza dei Medici di Medicina Generale

Raffaella Michieli

Segretario Nazionale SIMG

La Società Italiana di Medicina Generale dichiara la propria personale sensibilità al tema trattato nel seminario odierno: Riduzione delle disuguaglianze e approccio di genere nelle politiche per la salute.

Infatti proprio una settimana fa, durante lo svolgimento del 24[^] Congresso Nazionale, la sfida è stata lanciata ed i medici di famiglia della SIMG si sono impegnati nell'attenzione alla medicina di genere. Abbiamo presentato in questa occasione un decalogo che ci proponiamo di implementare, come base per un approccio corretto ad una diminuzione delle disuguaglianze.

I medici delle SIMG si impegnano

- A stimolare ricerche di genere, laddove manchino
- Ad attivare collaborazioni per la ricerca di genere
- A porre attenzione alle problematiche di genere (selezione del campione/bias/..) nelle ricerche
- Ad individuare in letteratura evidenze di problematiche di genere (effetto migliore/peggiore di un farmaco o di una azione preventiva o di un esame diagnostico...)
- A rendere pubbliche attraverso il sito e la rivista, le differenze di genere evidenziate nelle ricerche
- A trattare temi specifici con un'ottica di genere, in tutti i congressi organizzati dalla SIMG
- A trattare i temi di genere nella rivista SIMG
- A stimolare, attraverso tutti i mezzi a nostra disposizione ad una maggior attenzione al sospetto ed al riconoscimento di possibili situazioni di violenza contro le donne e contro le categorie deboli
- A stimolare una maggior attenzione al sospetto ed al riconoscimento delle situazioni di discriminazione di genere, nelle varie situazioni in cui esse possano verificarsi.
- Riconosciamo il bisogno di ottenere un bilanciamento nella presenza di medici di entrambe i sessi in tutti i ruoli della società ed a questo scopo ci impegniamo nel segretariato scientifico e nelle sezioni a tutti i livelli, a stimolare la collaborazione attiva di tutte le colleghe Medico di Medicina Generale affinché donne e uomini abbiano appropriata rappresentatività nell'Associazione

Ci proponiamo, partendo da queste basi di accrescere la sensibilità alla medicina di genere a partire da tutti i professionisti della salute che ogni giorno nei loro ambulatori incontrano le donne e le persone fragili, essendo il loro primo riferimento.

Appreziamo molto le proposte illustrate nei diversi interventi, di miglioramento nell'approccio di genere e ci impegniamo per migliorare la selezione di indicatori specifici che, all'interno del nostro data base Health Search-Thales, ci permettano di individuare le differenze che esistono nell'approccio alla salute.

Ci troviamo inoltre particolarmente in sintonia con il programma Guadagnare Salute, esposto dal Dr. Greco, avendo la SIMG promosso un'iniziativa intitolata appunto "Entriamo in Sintonia", con l'obiettivo di individuare nuove e più incisive modalità di comunicazione per proporre stili di vita salutari ai cittadini. Nonostante il notevole incremento del numero delle visite presso i nostri ambulatori i risultati in termini di 'compliance' stentano ad arrivare. Noi medici parliamo ancora troppo il 'medichese', i pazienti spesso non comprendono l'importanza dei nostri consigli e non seguono le prescrizioni. In questo modo non si riesce a promuovere abbastanza la prevenzione e a farne le spese non sono solo i cittadini ma anche l'intero Servizio sanitario.

Sono più di 500 i medici generali che hanno aderito al progetto "EIS Academy" che propone corsi di formazione alla comunicazione, materiali da mettere a disposizione dei pazienti in ambulatorio, questionari di valutazione per la customer satisfaction, lavori di audit per la revisione del proprio lavoro, progetti di ricerca. Terminato questo training, essi diventeranno medici "certificato" dalla SIMG come Esperti in Salute.

Una salute a misura di donna nella Regione Campania

Elvira Reale

Coordinatrice del Progetto, Regione Campania

1. Progetto una salute a misura di donna

Nasce dalla critica ad un medicina gender-blind (cieca al genere) ed ha come primo obiettivo il superamento delle disparità uomo-donna che si osservano nei seguenti fatti:

- la carenza di interventi di prevenzione primari focalizzati sul genere femminile;
- la mancanza o la carenza di ricerche sui fattori eziologici e di rischio con un *focus* sulle condizioni di vita delle donne: in particolare sulle condizioni di lavoro (intreccio tra lavoro produttivo e riproduttivo) e sulle varie forme di violenza sessuale;
- le pratiche diagnostiche e terapeutiche sviluppate sul modello maschile ma applicate anche sulle donne senza tener conto delle dovute differenze bio-psicologiche e sociali;
- l'assenza o l'inadeguata presenza delle donne nei *clinical trials* con il risultato che nuovi farmaci vengono valutati quasi esclusivamente sui maschi ma poi utilizzati per ambedue i sessi, con conseguenze ben evidenti nella pratica clinica di una minore efficacia (*effectiveness*) o di maggiori effetti indesiderati;
- l'assenza di dati statistici disaggregati per sesso (escludendo i dati sulla mortalità), che riduce notevolmente la possibilità di costruire profili di rischio per le donne e di valutare appieno l'entità della presenza delle donne nell'utilizzo dei servizi sanitari;
- il ritardo nell'identificare i fattori di rischio occupazionali o ambientali per alcune patologie femminili considerate principalmente ad eziologia ormonale. Esempi includono tumori al seno o all'utero, patologie mentali, patologie cardiovascolari;
- la mancanza di programmi di formazione medica sui temi della differenza di genere.

Il progetto intende costituire un primo laboratorio sperimentale a carattere regionale dell'applicazione del criterio dell'integrazione del punto di vista di genere nelle politiche e nelle prassi sanitarie.

Esso vuole promuovere una cultura tecnico-scientifica che punti al miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria attraverso l'integrazione del punto di vista di genere nelle sue prassi.

Obiettivi generali del progetto:

- A. promuovere e diffondere il principio dell'integrazione del punto di vista di genere nelle prassi cliniche, nella ricerca, nella prevenzione e nella formazione;
- B. promuovere e integrare esperienze utili all'ampliamento di conoscenze sulla differenza di genere nei campi della cura e del trattamento, della ricerca dei fattori di rischio e della prevenzione a livello della vita quotidiana;

- C. sviluppare la competenza culturale orientata a promuovere approcci e metodologie innovative dirette alla prevenzione, alla diagnostica e al trattamento della salute delle donne;
- D. sviluppare la informazione e la formazione sulle differenze di genere nelle attività di promozione della salute e di prevenzione primaria;
- E. promuovere interscambi tra i servizi sulle buone prassi dal punto di vista di genere;
- F. promuovere rapporti di interscambio e cooperazione con:
 - la V Direzione Generale della U.E. (Health and Consumer Protection), Lussemburgo,
 - la Direzione Europea dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) in Copenaghen.

2. Obiettivi specifici del progetto

- Sviluppare indicazioni e regole di comportamento che favoriscano e promuovano l'attenzione di operatori e ricercatori sulle sue specifiche condizioni di salute e malattia della donna. Nello specifico, promuovere linee guida rivolte:
 - alla raccolta dati dei servizi disaggregata per sesso;
 - all'uso ragionato e misurato dei farmaci in condizioni di "non emergenza",
 - alla formulazione di piani di ricerca orientata a cogliere le differenze di genere;
 - alla formazione dei medici di base e dei servizi specialistici.
- Individuare i 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.).
- Promuovere una Banca Dati per raccogliere le ricerche e le esperienze dei servizi sanitari con un'ottica di genere.
- Osservare e monitorare la ricerca sanitaria e le prassi cliniche secondo le seguenti modalità:
 - individuare gruppi di lavoro che abbiano sperimentato sul campo ricerche innovative o che abbiano ampliato sul versante femminile uno specifico sapere fino ad allora codificato in base a prassi indifferenziate rispetto al genere;
 - promuovere la visibilità, attuando adeguate misure di diffusione, di esperienze e ricerche su prassi innovative a misura di donna;
 - facilitare, attraverso azioni di coordinamento, messa in rete, promozione, riconoscimento, le esperienze in corso e le ulteriori esperienze e ricerche utili all'ampliamento delle conoscenze nei seguenti campi: a. cura e trattamento di specifiche patologie; b. ricerca dei fattori di rischio; c. prevenzione a livello della vita quotidiana.
- Organizzare, all'interno del sito regionale, di un canale aperto (una o più pagine Web) per la raccolta e lo scambio di informazioni ed esperienze sulle tematiche di genere nella salute.¹⁴

¹⁴ Il collegamento al sito del progetto "una salute a misura di donna" è attivo all'indirizzo seguente della Regione Campania.
http://www.regione.campania.it/portal/media-type/html/user/anon/page/TFNO_DettaglioTematica.psm1?itemId=70&ibName=Tematica

- Mettere in rete le esperienze che utilizzano nella loro pratica sanitaria gli indicatori di genere.

3. Strumenti per la realizzazione del Progetto

Per la realizzazione del progetto si propone la costituzione di un ufficio/coordinamento da individuare presso l'assessorato alla Sanità con i seguenti compiti:

- svolgere un ruolo di consulenza per la integrazione del punto di vista di genere nella programmazione sanitaria della regione;
- svolgere un ruolo di organizzazione e diffusione della informazione, scambio e visibilizzazione delle esperienze;
- svolgere un ruolo di promotore di progetti specifici di ricerca su tematiche emergenti della salute della donna.

A due voci

Donne e uomini: qualità della vita, del lavoro, della salute

Paola Conti

Sociologa del lavoro e della salute, esperta in politiche di genere

Marina Risi

Medico, esperta di medicina integrata e di Genere

Il programma evoca la forma del dialogo tra esperienze, saperi, ma soprattutto tra generi.

Nasce dall'incontro e dalla volontà di una comunità interprofessionale ed interdisciplinare composta da professionisti (donne e uomini medici, bioeticisti, sociologi, psicologi, biologi, ecc.) che da alcuni anni sperimentano, studiano, osservano e ricercano, in rete con università, centri di ricerca, associazioni ed istituzioni.

Adottare una prospettiva di genere e ridisegnare la ricerca come strumento di conoscenza delle specificità femminili e maschili è una necessità e, nel contempo, un passaggio fondamentale per pensare ad una salute anche a misura di donna e di uomo. Delle tante donne e dei tanti uomini accomunati dal genere di appartenenza ma resi unici dalla irriducibile unicità di condizione oggettiva e di percezione soggettiva.

L'obiettivo primario è quello di elaborare un modello di analisi di genere della salute e di avviare studi sistematici su "come e perché donne e uomini siano diversi nella percezione della salute, nelle malattie e nella risposta ai farmaci", tenendo conto di come fattori economici e socio culturali interagiscano con il genere e con il sesso biologico nel produrre impatti diversificati sulla salute di donne e uomini.

L'analisi di genere è cruciale per distinguere tra cause biologiche e spiegazioni sociali riguardo ai differenziali nella salute di donne e uomini e per comprendere come questi siano il frutto, anche, di irrisolta equità di opportunità nelle relazioni tra donne e uomini.

Donne e uomini hanno un modo diverso di vedere il mondo, ma non per modo di dire: le strutture retiniche sono differenti.

La differenza maschio femmina dal punto di vista biologico non è semplicemente una questione di ormoni, è una differenza strutturata dal punto di vista dei circuiti nervosi e cerebrali, fondamentale per quanto riguarda il sistema immunitario.

Dalla ricerca sullo stress è emersa una nuova visione del funzionamento dell'organismo umano fondata sulle interrelazioni tra i grandi sistemi biologici dell'organismo e la psiche. La metafora scientifica che orienta questa ricerca è quella della rete, del network. L'organismo è visto come una totalità strutturata e interconnessa.

I cosiddetti stressor psicosociali sono potenti attivatori del sistema dello stress in tutti gli animali che vivono in comunità. Recentemente, un gruppo del "National Institute" americano che si occupa di ambiente e salute ha documentato, su *Proceedings of National Academy of Sciences*, che anche le capacità riproduttive delle donne sono fortemente influenzate dallo stress. Il rischio di aborto spontaneo, nelle prime tre settimane, è risultato in questo studio quasi tre volte superiore nelle gravide con livelli più elevati di cortisolo (quindi più stressate). Le donne gestiscono in modo diverso l'asse dello stress e, quindi, reagiscono diversamente agli stressors (di qualsiasi natura essi siano: fisici, chimici e psichici).

Al tempo stesso è noto che il rapporto tra femmine e maschi affetti da malattie autoimmuni, patologie dove gioca un ruolo centrale il sistema dello stress, è enormemente sproporzionato a svantaggio delle donne.

Eppure, le donne, anche se si ammalano di più, posseggono sistemi biologici più plastici, che consentono loro anche di guarire di più o di compensare la loro salute. Risultano essere più attive nella prevenzione e nel self care. Utilizzano, più degli uomini, la medicina integrata.

Dall'assunzione del "paradigma della differenza" che ha significato per le donne la rottura con la prospettiva egualitaria ed emancipatoria per affermare una "irriducibilità" della soggettività femminile, al confronto tra due differenze che popolano il mondo, facendo riferimento ai due generi nella loro effettiva costruzione storico culturale.

La natura maschile non come dato definitivo ma come risultato di una stratificazione che, a partire dalla materialità di dati biologici ineludibili, come la disparità tra i sessi nel processo riproduttivo,... nella oscillazione tra "natura" maschile e "maschilità" storicamente e socialmente determinata si sviluppa un tentativo di decostruire e reinventare un'identità maschile.

Nel documento "Opinion on men in Gender Equality" – Advisory Committee on Equal Opportunities between Women and Men – del Luglio 2006, La Commissione definisce obiettivi, strategie, tipologia di iniziative per coinvolgere attivamente gli uomini nelle politiche di Pari Opportunità.

La mancata partecipazione attiva degli uomini al conseguimento di una maggiore equità tra i generi è ormai universalmente riconosciuta come un ostacolo da superare con il loro attivo coinvolgimento, individuando specifici vantaggi e obiettivi per gli uomini e per un nuovo ruolo del "maschile" in una società più equa.

L'uomo costruisce la propria identità fuori di sé, nel lavoro, e nel mondo. Questa scissione con il proprio corpo, fa sì che riesca poi raramente a farne un luogo di cura e di relazione. Allora, quando parliamo di salute e parliamo anche di capacità di cura, non c'è soltanto una divisione sociale dei ruoli, dei tempi nella vita di uomini e donne, ma anche la capacità degli uomini di fare del proprio corpo un luogo di relazione, e di avere un'intimità con altri corpi. L'intimità con i più piccoli, cioè con i bambini, l'intimità con le donne, e con l'infanzia, l'intimità con i corpi di altri uomini, di altre generazioni, e tra loro.

E' importante conoscere più approfonditamente non solo i punti di vulnerabilità, ma anche di forza delle donne, affinché si possa pensare ad una reale prevenzione della salute, e non solo ad una diagnosi precoce (quest'ultima è la vera dicitura di quella che viene passata oggi come prevenzione).

E' impressionante osservare come dal momento in cui la donna ha infranto la secolare equazione donna = madre si siano messi in moto così tanti fenomeni, di vario segno e grado, nella vita delle donne e degli uomini; eppure molte donne oggi vivono con drammatico conflitto la maternità e la natura sembra accondiscendere a questa nuova paura, rispondendo con un aumento di sterilità ed infertilità.

Il ruolo riproduttivo e il periodo di astensione dal lavoro legata alla maternità e alla cura dei figli risultano ancora tra i principali motivi di discriminazione diretta ed indiretta nei confronti delle donne. Tutto ciò mentre il tasso di natalità in Italia è sceso ai minimi storici, le traiettorie di vita e di lavoro (nonché i corrispondenti redditi) sono incerte e scarsamente tutelate. Desiderio, rinuncia, colpevolizzazione.

Esperienze, ricerche e studi recenti e passati, hanno permesso di affermare che i fenomeni di discriminazione basati sul sesso, il mobbing strategico di genere, le molestie sessuali (aventi sovente denominatori comuni) influiscono in modo determinante sulla rottura dell'equilibrio psicofisico, minando l'integrità individuale e sociale delle persone esposte.

Ci sembra importante porre attenzione oltre al livello della ricerca quantitativa sulle basi biologiche delle differenze, anche al livello della ricerca qualitativa sulla costruzione di significati, sulla possibilità di interiorizzare e socializzare valori quali "sicurezza", "cambiamento" e "differenza". Il lavoro, come esperienza centrale e preponderante

dell'adulto, trova nell'ottica della sicurezza, e ancora di più nell'ottica del genere, la possibilità di trovare un'altra dimensione utile non solo in termini "di scambio" ai fini della prevenzione degli infortuni e delle ingiustizie, ma anche di "valore d'uso" dell'attività lavorativa stessa, come momento fondamentale della crescita e della realizzazione del proprio sé e della collettività.

La strategia per migliorare il benessere organizzativo, l'equità sociale, la salute, la sicurezza e la qualità del lavoro di donne e uomini "IN OTTICA DI GENERE"

In Italia sono ormai maturati i presupposti di sistema per avviare un'azione - in raccordo con le istanze deputate a livello comunitario - che affronti in modo nuovo ed efficace le problematiche e le sfide evocate dall'analisi.

Aver coniato la definizione di "genere" è un necessario prerequisito ma non una soluzione sufficiente al problema di dover sviluppare una metodologia per arrivare a misurare l'incidenza dei diversi fattori che lo compongono: un coefficiente di genere della salute.

L'attenzione all'impatto di genere delle politiche pubbliche ha bisogno di essere coniugata con l'attenzione all'impatto sulla salute.

Si tratta cioè, di coniugare ed integrare i modelli VISPO e VIS = VIS-G

Presupposto di un approccio integrato alla salute-malattia è un diverso atteggiamento sia da parte dei/delle cittadini /e che degli/delle operatori/trici sanitari/e, tale che il medico o l'operatore non sia quello/a cui è richiesto un intervento di guarigione ma, bensì, un intervento professionale di qualità a sostegno di un percorso di prevenzione e cura che rimane fondamentalmente nelle mani della persona che persegue la propria via della salute. Questo non significa che le persone si curano da sole ma che mantengono la responsabilità diretta delle scelte, per quanto è loro possibile. Più le persone sono informate e consapevoli, maggiore sarà il grado di autonomia nel prendersi cura di sé.

La domanda e l'offerta in termini di servizi e interventi a sostegno della salute in un'ottica di una medicina integrata e in ottica di genere, richiedono quindi, che si costruisca un sapere minimo condiviso tra medici, operatori della salute e donne e uomini "non pazienti".

E che si creino presidi e servizi sanitari sensibili al genere, accessibili e di qualità.

La logica è quella dell'action research, le pratiche sono connesse al modello della riflessività professionale e dello sviluppo di competenze territoriali, organizzative ed individuali nell'ottica di genti, generi e generazioni.

L'ottica di genere permette, inoltre, di approcciare temi quali l'organizzazione del lavoro e dei servizi, i contenuti professionali e i percorsi di carriera dei professionisti operanti in campo sanitario e non.

L'approccio è improntato sulla *concertazione* che evoca la costruzione dei presupposti e dei prerequisiti di condivisione e di mediazione tra diversi ambiti e punti di vista: delle istituzioni, delle parti sociali, ecc.

E' partecipativo e allude una progettualità in fieri che viene promossa da soggetti autorevoli sul piano istituzionale e scientifico e, con azioni che si allargano ad anelli concentrici, coinvolge fasce sempre più ampie di stakeholder: operatori del settore socio sanitario, associazioni di rappresentanza degli interessi e delle istanze dei cittadini, in particolare al femminile.

La diplomazia sanitaria come strumento di politica di cooperazione internazionale

Mbiye Diku

Medico chirurgo, specialista in ginecologia ed ostetricia, Ospedale Fatebenefratelli Roma

Ringrazio le organizzatrici del Seminario per l'invito: è un incontro di alto livello ed occasione di scambio e di confronto.

In qualità di coordinatrice del gruppo donne e minori della Commissione Salute e Immigrazione, mi sento particolarmente interpellata dal tema trattato. Come ben capite, l'immigrazione è solo l'altra faccia o l'interfaccia tra politica estera, politica di cooperazione e politica interna.

Tra i vari interventi, tutti molto interessanti, vorrei riferirmi a quello del dottore Donato Greco che ci ha mostrato come per guadagnare salute è necessario intervenire a più livelli: in ambito economico, in ambito educativo/ formativo, con una corretta informazione e aggungerei con una vera politica internazionale di "pace".

Nessuno ignora come le donne siano le prime a essere "bersaglio" privilegiato del nemico. Diventano così nei paesi in "guerra" o sotto occupazione come nella Repubblica Democratica del Congo vittime di stupri, con le conseguenti gravidanze indesiderate ed emarginazione sociale, e arma di distruzione di massa scelta dal nemico per la propagazione delle malattie infettive, in particolare l'AIDS. Le bambine non sfuggono a questa sorte. Alcune di loro le abbiamo incontrate nei Centri per Donne e Bambini immigrati del privato sociale e costituiscono una parte delle Donne immigrate.

La geniale concezione della Diplomazia Sanitaria dell'Onorevole Livia Turco è lo strumento ideale per implementare tutte le altre politiche di cooperazione internazionale.

La Commissione Salute e Immigrazione, voluta dalla Ministra Livia Turco, ha per compito di promuovere una standardizzazione dell'offerta dei servizi alla popolazione straniera presente sul territorio, di sollecitare opportunità di accesso e di cura alla pari dei cittadini italiani, di monitorare l'applicazione delle norme, di rilevare criticità ma anche esperienze virtuose.

Tutto questo non avrebbe senso se non c'è una presenza della Diplomazia Sanitaria Italiana nei paesi d'origine delle Donne Straniere. Pertanto, auspico e auguro a tutti noi una grande e significativa sinergia dei due versanti dell'intervento sanitario.

Grazie e buon lavoro

Proposte per una buona interpretazione dell'approccio di genere

Martorelli Simonetta

Dirigente area promozione salute della ASL B /Roma
Osservatorio Interregionale per la Cooperazione e lo Sviluppo

Care amiche, ho curato la traduzione del documento dell'European Institute for Women's health per il seminario di oggi, ma anche, tre anni fa, la monografia dell'American Medical Association su "gender health". Da un primo incontro con altre colleghe che si occupano di medicina clinica è derivato un lavoro collegiale, tramutatosi in un libro, che verrà presentato nel marzo 2008, e intitolato: Donne medicina salute sviluppo. Il libro tratta anche temi legati alla globalizzazione, alla povertà, alle tematiche legate al lavoro femminile, e la salute delle donne indigene.

Permettetemi quindi di accennare a questi temi, richiamando anche i precedenti interventi del dr Costa e del dr Perucci, e offrendo proposte positive.

Il dr Costa ha molto opportunamente accennato ai problemi dell'uguaglianza dei servizi offerti (alle donne in questo caso) che creano tuttavia iniquità, se non si modellano gli stessi su target di popolazione deprivata o svantaggiata. Le donne povere, le donne migranti, le donne che sono in carcere o sono prostitute, le donne *single parents* hanno problemi, bisogni ma anche orari per accedere ai servizi, così come rischi per la salute, differenti dalle altre.

E' importante pertanto che chi programma servizi o welfare tenga conto anche di queste differenze, all'interno del genere femminile.

Da considerare poi il problema non indifferente delle cosiddette *gender inequities* in medicina: differenze nell'accesso ai servizi, alle cure, e anche ai trattamenti (es: meno bypass eseguiti sulle donne a parità di severità della patologia).

Quanto ai cosiddetti "gender bias nella ricerca" non bisogna dimenticare come, dai testi di medicina alle pubblicazioni scientifiche, spesso non vengono riportati valori ematici o di altre analisi cliniche per sesso, pur conoscendo, la comunità scientifica quanto i cicli ormonali possano influenzare gli stessi parametri.

Inoltre quasi sempre gli studi epidemiologici si fermano, nella definizione del campione, ai soggetti non over 75, tagliando così una fetta di popolazione, prevalentemente femminile, dalla ricerca scientifica e, quindi, dal miglioramento della scienza.

La proposta positiva in questo senso riguarderebbe un ambulatorio, almeno in ogni ASL, di medicina delle donne, dove, con un approccio solistico e sistemico, vengano affrontati i problemi di salute per fasce di età e di rischio. Per analogia sarebbe opportuno che negli ospedali si faccia ricerca, con cartelle differenziate, sulle patologie prevalenti (e incidenti per usare un linguaggio epidemiologico) differenziate per sesso, oltre che per Paese di provenienza.

Sarebbe poi importante che la comunità scientifica (non solo quella al femminile) si dedicasse allo studio e al trattamento delle patologie delle donne in carcere, vero microcosmo del mondo esterno. Esistono infatti veramente pochi studi sulla salute delle donne in carcere, tutti americani o inglesi.

Sarebbe poi auspicabile che venissero pensati realizzati dei veri e propri progetti di promozione della salute delle donne in stato di detenzione, che includono anche il senso di autostima che molto spesso tali persone hanno perduto.

Per quanto riguarda le donne rom si assiste a un pauroso adeguamento delle stesse ai modelli e alle regole della loro comunità, fortemente *machista*, fino a punire severamente le proprie figlie, nuore, che cercano di rompere la omertà e la complicità maschile.

Molti dei progetti che miravano alla uscita delle giovani ragazze dalla comunità sono falliti. Probabilmente (ma anche questo dovrebbe essere oggetto di studio) occorrerebbe un progetto che coinvolga gli adolescenti rom, disegnato per sesso con l'obiettivo di insegnare e far interiorizzare le regole della società civile, insieme con quelle del rispetto dei diritti delle donne in generale. Tale progetto potrebbe inserirsi con gli altri progetti di avviamento al lavoro e di raggiungimento di un livello di educazione pari quelli dei coetanei che già esistono, con una qualche debole efficacia. Un capitolo a parte merita quello delle donne prostitute, su cui molto si scrive e poco si fa in termini di salute, quasi che la società civile non voglia sporcarsi le mani con i traffici di esseri umani, delegando le attività sociali a poche cooperative sociali, cattoliche o no.

Tuttavia, se è vero che sulle ragazze costrette prostituirsi si produce l'effetto *lavoratore sano*, (che ogni epidemiologo conosce bene, essendo spesso i lavoratori non sani non presenti sulla scena della ricerca sanitaria), e' anche vero che le condizioni di vita, gli orari, l'esposizione al freddo e al caldo eccessivi, l'alimentazione totalmente fuori controllo, il fumo di sigarette, produrranno a lungo termine effetti disastrosi. Ma, poiché 'è impossibile costruire una "coorte" di giovani prostitute da seguire nel tempo riguardo alla salute, essendo le stesse continuamente spostate per sfuggire ai controlli di polizia, almeno una esperienza come il nostro "ambulatorio pubblico per donne prostitute" presso l'Ospedale Sandro Pertini, andrebbe rivitalizzata e riprodotta in altre sedi; o potrebbe far parte di un programma speciale dell'ambulatorio di medicina delle donne. "

Quanto alle donne dei cosiddetti Paesi in via di Sviluppo (PVS), meno eufemisticamente denominati Paesi poveri, ci sarebbe molto da dire.

Ricordiamo solo quanto affermato nella bellissima monografia di *Lancet* in merito al fatto che i poveri (e noi sappiamo che le donne, tra i poveri, sono le più povere) si ammalano delle patologie del cosiddetto terzo mondo (infettive / respiratorie, gastro-intestinali) ma anche delle patologie dei Paesi più sviluppati, e quindi di tumori, patologie degenerative, obesità da alimentazione scombinata, ma anche di malattie da inquinamento e malsanità dell'abitare.

Esiste anche una bellissima monografia del *Lancet* su "*Gender health*" che recita così: "since the human race began, women have delivered for society. It is time now for the world to deliver for women."

Il dott Perucci, presentando interessantissime tavole sulla distribuzione geografica dei dati sociosanitari, ha sostenuto di appartenere alla schiera degli epidemiologi per i quali "si conosce solo quello che si può misurare". Mi permetto di smentirlo, a nome anche di altri epidemiologi.

Infatti proprio la critica femminista alla cosiddetta neutralità della scienza, e alla oggettività, ha messo in evidenza come la ricerca basata solo sui numeri sia insufficiente, perché non tiene conto della soggettività della persona. A tutt'oggi, quindi, sono stati ben rivalutati, anche dagli epidemiologi, gli studi qualitativi, che si appoggiano a tecniche come i *focus group*, le interviste collettive, le cosiddette *narratives*, studi e tecniche che ormai fanno parte del bagaglio collettivo di tutti noi e che ben si prestano integrare e meglio definire quanto risulta dagli studi quantitativi.

In questi ultimi poi l'approccio bayesiano ha dato un enorme contributo alla comprensione di fenomeni che la statistica tradizionale ha mal interpretato.

Mi permetto di ricordare anche che taluni eccessi di mortalità (evitabile) rilevati nelle donne per alcune patologie sono, a tutt'oggi, attribuibili in parte anche alla differenza di ricorso ai servizi ospedalieri fra uomo e donna, essendo queste ultime, in tutto il mondo, spesso restie al ricovero, se non in casi estremi, a causa delle multi incombenze familiari, domestiche e di lavoro.

Concludo ricordando che esistono delle bellissime riviste scientifiche di "gender health" (di cui la più prestigiosa è edita dalla Columbia University) e che sarebbe opportuno

che molti dei lavori presentati venissero tradotti dai nostri studiosi e trasferiti nelle edizioni scientifiche nostrane in modo che tutti i medici possano essere adeguatamente informati.

Un cordiale augurio di buon proseguimento dei lavori.

L'accesso alle cure nelle donne con infezione da HIV

Giuseppina Liuzzi

Infettivologo Dirigente medico, Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "L. Spallanzani", Roma

L'AIDS all'inizio è stata una sindrome al maschile interessando per la maggior parte omosessuali e tossicodipendenti maschi ed emofilici. Tutte le prime informazioni sulla storia naturale dell'infezione da HIV derivano da studi effettuati su coorti di questi soggetti. La focalizzazione delle ricerche sulle donne sieropositive era soprattutto rivolta al problema della trasmissione dell'infezione dalla madre al bambino. Attualmente in molti paesi il tasso di infezione da HIV sta crescendo più velocemente nelle donne che in ogni altro gruppo e la trasmissione eterosessuale risulta la via principale di trasmissione.

Le donne, soprattutto quelle più giovani e psicologicamente immature, sono apparse particolarmente vulnerabili alla trasmissione sessuale da HIV, sia biologicamente, a causa della più efficiente trasmissione sessuale del virus dall'uomo alla donna, che socialmente, poiché spesso le disuguaglianze nei rapporti di potere tra uomini e donne costituiscono un ostacolo alla negoziazione di un comportamento sessuale sicuro. Per lungo tempo la mancanza di informazione e la non disponibilità di servizi finalizzati alla promozione della salute delle donne hanno permesso che l'epidemia di HIV si diffondesse largamente nella popolazione femminile. Il crescente interesse specifico per il problema "AIDS e donne" è documentato dall'avvio in molti paesi del mondo di studi che hanno portato grandi conoscenze sull'HIV nel mondo femminile, il cui obiettivo è stato esclusivamente la prevenzione, la diagnosi e la cura dell'infezione nelle donne.

Sulla base dei dati di diffusione dell'epidemia nel nostro Paese è possibile affermare che, per le donne che hanno contratto l'infezione per via sessuale, il maggiore e, a volte unico, fattore di rischio è il comportamento del loro partner. Ciò ha ovviamente delle ripercussioni sul piano psicologico se si considera che la consapevolezza della propria sieropositività si associa alla conoscenza di comportamenti del partner fino a quel momento ignorati.

Nella maggior parte dei casi, le donne hanno all'interno del loro nucleo familiare, un ruolo di sostegno e di accadimento che può diventare difficile da sostenere in condizioni di malattia o rappresentare un elemento di interferenza con la cura del loro stato di salute; elemento questo che costituisce un ostacolo all'accesso alle cure.

In generale per le donne con infezione da HIV è stato osservato un minore accesso alle cure ed ai trattamenti. Un non ottimale accesso alle cure riduce la probabilità di arruolamento negli studi clinici e quindi le possibilità di accesso a farmaci sperimentali. I dati relativi all'arruolamento delle donne con infezione da HIV negli studi clinici sono scarsi e contrastanti anche se è stato evidenziato che, laddove il principale responsabile dello studio era una ricercatrice donna, la percentuale di donne sieropositive arruolate aumentava di quasi il doppio.

Per le donne con infezione da HIV le barriere all'accesso alle cure ed ai trattamenti sono sostanzialmente di tipo individuale e/o sociale o intrinseche alla struttura assistenziale. Le donne sono spesso le maggiori, e a volte uniche, responsabili della cura dei figli o di altre persone che fanno parte del nucleo familiare. Le responsabilità inerenti i figli sono fra le cause più importanti della disparità di accesso alle cure fra uomini e donne con infezione da HIV. Tale responsabilità e la paura di non essere in grado, a causa della propria malattia, di

ottemperare a questo compito assistenziale, producono un aumento significativo dei livelli di stress e possono anche rappresentare una barriera ad un'aderenza ottimale alle terapie antiretrovirali.

La sistemazione dei figli nei giorni della visita può essere un ostacolo pratico ad un regolare accesso alle strutture sanitarie, ed è stato osservato che il rischio di interrompere definitivamente le visite e le terapie è maggiore per le donne che per gli uomini.

Nella donna, la stigmatizzazione conseguente alla diagnosi di AIDS può avere dimensioni molto gravi e peculiari: il contagio per via sessuale si ricopre di implicazioni morali, la discriminazione della donna eterosessuale con infezione da HIV è più forte che per gli uomini e molto difficile può essere la rivelazione del proprio stato di sieropositività ai figli.

La coesistenza di depressione, dipendenza da oppiacei, violenze, condizioni socio-economiche depresse e la responsabilità della cura dei figli, oltre ad essere un "peso" psicologico notevole rendono difficoltosa la cura della propria persona e ritardano o impediscono l'accesso alle cure ed alle terapie.

Anche le qualità delle strutture e dei servizi assistenziali condiziona l'accesso alle cure ed ai trattamenti: uno studio effettuato su donne HIV+ ha dimostrato che il numero di visite di follow-up eseguite da ciascuna paziente era correlato ai tempi di prenotazione e di attesa per la visita medica.

La motivazione più frequente che spinge le donne con infezione da HIV al primo contatto con una struttura sanitaria è la presenza di problemi ginecologici. Strutture e servizi di assistenza ginecologica difficili da raggiungere o inadeguati possono impedire o ritardare l'accesso alle cure. Il miglioramento della sopravvivenza legato all'introduzione della terapia antiretrovirale ha fatto sì che aumentasse il numero delle donne con infezione da HIV in età da menopausa rendendo pertanto necessario modificare il tipo e la qualità dei servizi ginecologici. D'altra parte, le sindromi da redistribuzione del grasso corporeo nelle donne HIV+ in terapia antiretrovirale impongono un aggiornamento costante e una profonda integrazione delle diverse figure specialistiche (Dall'infettivologo al dietista, al chirurgo plastico ed allo psicologo).

La qualità della comunicazione e la fiducia all'interno della relazione medico-paziente sono predittori potenti dell'accettazione della terapia e del grado di soddisfazione dell'assistenza ricevuta. Un atteggiamento scarsamente empatico o discriminatorio da parte del medico curante può costituire una insormontabile barriera ad un accesso ottimale alle cure. Un rapporto medico-paziente che tenga conto delle differenze di genere implica anche un'attenta conoscenza delle diversità dei comportamenti legati alla salute tra uomini e donne. Le donne con infezione da HIV manifestano più spesso degli uomini tossicità ai farmaci antiretrovirali e ciò potrebbe indurre il medico a procrastinare l'inizio della terapia antiretrovirale. Un accesso non ottimale alle cure si può avere poi tra le donne che hanno in programma una gravidanza e che temono di iniziare regimi farmacologici potenzialmente dannosi per il feto e tra le donne che fanno uso di contraccettivi orali e che conoscono le interazioni con i farmaci antiretrovirali.

L'accesso alle cure può essere migliorato anche da interventi che agiscono sulle strutture assistenziali, previa conoscenza delle specifiche barriere di ogni centro clinico. La flessibilità dei servizi assistenziali è molto apprezzata soprattutto dalle persone con una ridotta disponibilità di tempo. Diversi studi hanno dimostrato che la presenza di servizi per le diverse esigenze assistenziali dell'infezione da HIV migliorano la regolarità dell'accesso alle cure. La possibilità poi di scegliere il proprio medico curante e di essere seguite, se richiesto, da medici donne favorisce una relazione medico-paziente più efficace. Un migliore accesso può anche essere favorito dalla diffusione di informazioni dettagliate, magari multilingue, sull'organizzazione e il funzionamento delle strutture assistenziali e dalla conoscenza delle esigenze dei pazienti e del loro grado di soddisfazione dell'attività assistenziale.

Infine l'implementazione di linee-guida specifiche per la cura delle donne con infezione da HIV, che siano aggiornate nel tempo e che comprendano la gestione degli effetti collaterali e promozione dell'aderenza, costituirebbero un valido supporto ed uno strumento

di aggiornamento per i medici infettivologi e per tutti gli specialisti coinvolti nella gestione della paziente con infezione da HIV.

Gli operatori sanitari coinvolti nella cura della donna sieropositiva dovrebbero essere a conoscenza delle complesse interazioni tra conseguenze fisiche e psicologiche dell'infezione da HIV e dei diversi fattori che possono alterare in modo specifico la salute della donna. Una risposta multidisciplinare ai bisogni delle donne sieropositive, volta a migliorare la loro qualità di vita, può essere l'intervento migliore per rispettare la complessità e la specificità che la presa in carico di queste donne richiede. E' importante sottolineare che, mentre è difficile mettere in atto interventi a livello sociale poiché è necessario un coinvolgimento ampio soprattutto a livello politico e istituzionale, il miglioramento delle strutture dei servizi assistenziali dipendono molto spesso dalla volontà e disponibilità dei singoli amministratori e dirigenti medici.

Tre idee a sostegno delle iniziative dell’ “Anno Europeo delle pari opportunità per tutti”

Antonno Trimarchi

Collaboratore del Consigliere del Ministro Stefano Inglese, Ministero della Salute

Nel portare i saluti del Consigliere Stefano Inglese propongo Tre idee a sostegno della fiducia sulla bontà della via intrapresa nel 2007 “Anno europeo delle pari opportunità per tutti”:

1. sull’Approccio Epidemiologico alla riduzione delle disuguaglianze
 2. sull’Assistenza Primaria e l’approccio di Genere
 3. sulla Costruzione Sociale della Salute
-
1. Conta quello che si può contare, certamente! ma è altrettanto dirimente riconoscere che non tutto ciò che conta si può contare. (A. Einstein)
 - a. Ecco l’importanza di poter utilizzare quindi il rac-conto come data base esperienziale dei vissuti e poter integrare i dati oggettivi di mancanza di salute (disease) con i dati soggettivi di disagio e sofferenza (illness) e il rac-contare come strumento di ampliamento dei dati epidemiologici “duri” nella lotta alla riduzione delle diseguaglianze e in particolare per promuovere l’approccio di genere nelle politiche per la salute.
 - b. Il dono che il maschile riceve quotidianamente dalla Presenza del femminile è racchiudibile in una richiesta performativa, forse trasformativa della Relazione: “Se vuoi conoscermi non misurarmi ma com-misurati con me”. Questa richiesta, a mio avviso, è una delle Qualità fondanti e fondative dell’Approccio di Genere e deve essere perseguita e garantita come una componente essenziale della metodologia a cui Maura Cossutta si riferiva nella sua preziosa introduzione, verso un “approccio di genere che connette”.
 2. Coerentemente, le Cure Primarie Territoriali Distrettuali, possono svolgere un ruolo fondamentale nell’approccio proattivo primario alla presa in carico delle problematiche di “genere”, sostenendo la differenza delle problematiche non come stigmatizzazione dell’uno o dell’altro genere ma come possibilità che la valorizzazione dell’un genere vada ad aumentare l’appropriatezza organizzativa, gestionale ed assistenziale di ogni intervento anche nell’altro “genere”.
 - a. La Casa della Salute distrettuale può essere a tal proposito un contenitore-elicizzatore e un contenuto-catalizzatore di tali indicazioni Politiche ancorché culturali e professionali.
 - b. Le Società della Salute e la Rete Italiana Città Sane-OMS possono contribuire significativamente in questa direzione alla costruzione della Casa della Salute promossa dal Ministro Livia Turco.
 3. Se possiamo condividere la prospettiva della “Salute come Costruzione Sociale” in cui la sanità è un sottosistema del sociale, ecco che i problemi di *genere*, la vulnerabilità di *genere*, le peculiarità di ciascun *genere* divengono tracce di come

attrezzarci per una convivenza sociale migliore illuminata dallo stupore della bellezza della diversità, improntata al rispetto e alla valorizzazione reciproci.

Conclusioni

In primo luogo devo trasferirvi il messaggio che abbiamo da poco ricevuto da parte del Ministro Livia Turco e rappresentarvi il suo rammarico per non aver potuto mantenere l'impegno preso con noi e anche con se stessa, visto l'interesse e l'attenzione da lei data a questi temi, di partecipare ai nostri lavori. Sopraggiunti impegni istituzionali l'hanno trattenuta fuori.

Devo aggiungere subito che mi prendo comunque carico con particolare soddisfazione della chiusura dei lavori di questa intensa giornata. Sento anche la responsabilità di impegnarmi, insieme a Maura Cossutta, a dare una continuità operativa a quanto emerge dalla ricchezza delle testimonianze portate, dai successi delle buone pratiche realizzate, dalle proposte e dai suggerimenti carichi di tensioni stimolanti e positive. Gli Atti dei lavori ci aiuteranno, in primo luogo, a riflettere su come governare le ricadute dell'impegnativo tema rappresentato dal titolo e dal sottotitolo dell'evento.

Credo di non sbagliare se affermo di percepire un clima di nuovi entusiasmi e la sensazione diffusa di aver investito proficuamente tutti insieme il nostro tempo.

Abbiamo dedicato una intera giornata allo studio e alla riflessione, con un Seminario che si inquadra tra le iniziative del Governo italiano per l'Anno europeo per le eguali opportunità di tutti, con l'obiettivo di proporre un dibattito più esteso sui benefici della diversità, nell'equità, per le società europee e di rendere i cittadini dell'Unione europea più consapevoli dei loro diritti e a vivere una vita operativa senza il peso di discriminazioni.

Il Piano italiano per l'Anno europeo si compone di quindici azioni. Una di queste è realizzata con il Seminario di oggi, cofinanziato con fondi comunitari, il quale costituisce un importante tassello delle attività preparatorie della Prima Conferenza Nazionale sulla salute delle donne e del Piano di azione interministeriale per la promozione e la tutela della salute in ottica di genere.

Vorrei cogliere l'occasione per ricordare una iniziativa di grande rilievo che il governo italiano ha di recente compiuto: nell'ambito delle iniziative per l'occupazione e la qualità del lavoro femminile, in attuazione degli obiettivi europei della Strategia di Lisbona, il Dipartimento delle politiche comunitarie della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha prodotto una Nota aggiuntiva al "Rapporto sullo stato di attuazione del Programma nazionale di riforma 2006/2008", dal titolo "Donne, Innovazione, Crescita". Nel documento è scritto: "Si impone un cambio di passo nelle politiche a favore delle donne" intendendo, nella sostanza, l'urgenza di equiparare le condizioni di partenza nella società tra uomini e donne e l'inclusione della dimensione femminile in un nuovo patto intergenerazionale. Il "cambio di passo" è coerente con gli attuali orientamenti della Comunità Europea, che ritiene basilare affermare e sviluppare le politiche di genere e di pari opportunità, quali strumenti necessari per la prosperità e la crescita della Comunità nel suo complesso.

In questo senso possiamo dire di aver già preso percorsi ben definiti con rinnovata determinazione, con passo diverso appunto, sostenuti dalla rafforzata convinzione dell'importanza dei problemi che affrontiamo. Proseguiremo l'impegno del coinvolgimento

della comunità scientifica e politica per focalizzare la ricerca sui differenziali di genere, come è stato suggerito e per dare il necessario sbocco istituzionale a quanto verrà confermato dal lavoro scientifico. Possiamo dire che la Commissione per la salute delle donne ha già impostato percorsi di ampio respiro. Seguiremo insieme tutti quei “fatti” semplici, ma più convincenti delle parole, come è stato ricordato. Sono molto più numerosi di quanto si possa immaginare, ce ne hanno dato testimonianza i rappresentanti delle città e delle regioni con le loro esperienze. Essi compongono nel nostro Paese una realtà, che deve divenire non una serie di fatti a se stanti, bensì un tessuto istituzionale e sociale virtuoso.

Noi ci prendiamo l’impegno con gli strumenti che già abbiamo ed altri che costruiremo man mano che se ne presenterà la necessità, di stimolare e seguire, di essere i catalizzatori, di dare una corralità, un collegamento, di valorizzare le sinergie delle iniziative e di chi opera da tempo per realizzarle.

La proposta, l’impegno concreto è che sui temi che ci hanno appassionato oggi noi vogliamo rappresentare, per quanti lo richiedano, un tavolo istituzionale aperto e di facilitazione per lavorare insieme, fare progetti, sperimentare idee. Una rete di collegamenti che utilizzi e valorizzi le numerose buone pratiche, dai Piani regolatori sociali agli osservatori epidemiologici delle differenze socio economiche e di genere, ai Comitati per le Pari opportunità, alle esperienze di medicina di genere.

Faremo nostro l’Open Method of Coordination, lanciato a livello della Comunità Europea. Coglieremo tutte le occasioni utili che ci possano portare a lavorare insieme e per gruppi. La prima di queste è rappresentata dal bando “Public Health” di prossima emanazione da parte della DG Sanco, in attuazione del secondo programma “Iniziativa pubbliche nel Campo della Salute 2008-20013”. Ne esamineremo insieme le opportunità e cercheremo appunto di stimolare e coordinare molte proposte che partano dall’Italia, da noi, per presentarci in modo nuovo in Europa, organizzati e sinergici, capaci di leadership, riconoscendoci parte di un tessuto prezioso rappresentato dalle capacità e dalle esperienze del nostro Paese, quali sono anche oggi qui emerse.

Grazie del vostro apporto e ad un presto arrivederci.

ALLEGATI

Relatori

- Agostini S.* Presidente della Commissione Politiche Sociali e della Salute, Comune di Firenze
- Agger S.* Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici in sanità, Ministero della Salute, Roma
- Antonelli A.* Osservatorio Epidemiologico Regionale, Regione Sardegna
- Arletti S.* Assessore Politiche per la Salute, Comune di Modena
- Borgione M.* Assessore alla Famiglia, Salute e Politiche Sociali, Comune di Torino
- Cernigliaro A.* Dipartimento Osservatorio Epidemiologico, Regione Sicilia
- Cesaroni G.* Dipartimento di Epidemiologia, ASL RME, Roma
- Cossutta M.* Consigliere del Ministro della Salute, Roma
- Costa G.* Professore di Epidemiologia e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Torino
- De Vito F. P.* Assessore alle politiche socio-assistenziali, Comune di Foggia
- Di Martino M.P.* DG della Direzione Generale per i Rapporti con l'Unione Europea e i Rapporti Internazionali, Ministero della Salute, Roma
- Di Natale R.* Consigliere dell'Assessore alle Politiche sociali e dei servizi alla persona e politiche per la promozione della salute, Comune di Roma
- Gardiner A.* Direttore del Progetto Sviluppo Cure Territoriali, Comune di Milano
- Greco D.* Direttore del Dipartimento della Prevenzione e della comunicazione, Ministero della Salute, Roma
- Hofer B.* Assessorato alla Sanità, Provincia Autonoma di Bolzano
- Martuzzi M.* Scientific Officer, Ambiente e Salute, WHO Roma
- Paruolo G.** Presidente dell'Associazione Rete Italiana Città Sane-OMS e Assessore alla Salute e Comunicazione, Comune di Bologna
- Perucci C.* Direttore del Dipartimento di Epidemiologia, ASL RME, Roma
- Siliquini R.* Professoressa di Igiene, Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Torino
- Vicarelli M.G.* Docente Università Politecnica delle Marche, Ancona

Responsabile dell'organizzazione:

Dott.ssa Colomba Iacolino, Direttore dell'Uff III del Dipartimento dell'Innovazione e componente del Comitato Pari Opportunità del Ministero della Salute
Tel. 06 5994 2272 e-mail c.iacolino@sanita.it

Segreteria Organizzativa:

Dott.ssa Lorenza Pastore, Direzione Generale per i Rapporti con l'Unione Europea e i Rapporti Internazionali, Ministero della Salute
Tel. 06 5994 2951 – 2953 e-mail lo.pastore@sanita.it



Ministero della Salute

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

Auditorium
Lungotevere Ripa, 1

- 09.45 *Registrazione dei partecipanti*
- 10.00 **Riduzione delle disuguaglianze e approccio di genere nelle politiche per la salute**
Maura Cossutta
- 10.15 **Il genere delle politiche sociali. L'apporto teorico dei «gender studies» allo studio dei modelli di welfare europei**
Maria Giovanna Vicarelli
- 10.30 **Una valutazione di impatto sanitario orientata all'equità: l'infrastruttura informativa necessaria**
Giuseppe Costa
- 10.45 **ASL RM E: Diseguaglianze socio economiche e di genere, di accesso ed efficacia nel SSN**
Perucci Carlo
- 11.00 **Valutazione di impatto sulla salute delle politiche non sanitarie: dalla VIA alla VIS**
Marco Martuzzi
- 11.15 **Valutazione dell'impatto sulla salute delle donne e strumenti di valutazione**
Roberta Siliquini
- 11.30 *Coffee Break*
- 12.00 **Integrazione interistituzionale come necessità per l'attuazione della salute di genere in tutte le politiche**
Maria Paola Di Martino, Simona Agger
- 12.15 **Guadagnare salute, come proposta operativa di integrazione interistituzionale nel campo della prevenzione**
Donato Greco
- 12.30 **Politiche di genere e valutazione della salute: il lavoro della Rete**
Giuseppe Paruolo
- 12.45 **Discussione**
- 13.15 *Lunch Buffet*
- 14.00 **Presentazione delle esperienze degli Enti territoriali: Regioni Sicilia e Sardegna**
Mannela Cocchi
- Regione Sardegna.** La valutazione dello stato di salute e dei bisogni socio sanitari attraverso l'osservazione epidemiologica: le differenze socio economiche e di genere
Antonello Antonelli
- Regione Sicilia.** La valutazione dello stato di salute e dei bisogni socio sanitari attraverso l'osservazione epidemiologica: le differenze socio economiche e di genere
Achille Cernigliaro, Giulia Cesaroni
- 14.30 **Provincia Autonoma di Bolzano. Medicina di genere: esperienza della provincia di Bolzano**
Brigitte Hofer
- 14.45 **Comune di Torino. L'Osservatorio cittadino sulla salute delle donne**
Marco Borgione
- 15.00 **Comune di Milano. Politiche di attenzione al benessere e alla salute mentale delle donne**
Anna Gardiner
- 15.15 **Comune di Firenze. Politiche integrate per un impatto positivo sulla salute delle donne**
Susanna Agostini
- 15.30 **Comune di Modena. Il programma "salute donna" nel piano per la salute**
Simona Arletti
- 15.45 **Comune di Foggia. Lo stato delle pari opportunità sul territorio cittadino**
Francesco Paolo De Vito
- 16.00 **Comune di Roma. Promozione della salute della donna tramite la conoscenza dei servizi territoriali socio-sanitari**
Rosanna Di Natale
- 16.15 **Proposte operative**
- 16.30 **Intervento conclusivo dell'On. Ministro**
- 16.45 *Chiusura dei lavori*