

**Ministero della Salute**

**VERSO UN PIANO DI AZIONI**

***per la promozione e la tutela della  
salute delle donne e dei bambini***

**8 marzo 2007**

# ***Premessa***

## ***Nel mondo.***

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

## ***In Italia.***

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

## ***Il quadro normativo attuale.***

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

## ***Obiettivi strategici.***

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

## ***Azioni già deliberate:***

- Finanziaria 2007
- Ddl del Governo "PER LA PROMOZIONE E TUTELA DELLA SALUTE E DEI DIRITTI DELLE PARTORIENTI E DEI NATI"
- Vaccino HPV
- Screening neonatale obbligatorio per le sordità congenite.
- Linee di indirizzo nazionale sull'allattamento materno
- Progetto Ministero Salute / CCM / ISS – "STRATEGIE UTILI A FAVORIRE UNA ASSUNZIONE OTTIMALE DI ACIDO FOLICO"
- Progetto Ministero Salute/CCM/ISS "PER LA PROMOZIONE E LA VALUTAZIONE DI QUALITÀ DI MODELLI OPERATIVI DEL PERCORSO NASCITA"
- Campagna Nazionale di Comunicazione "GENITORI PIU'"
- Progetto Ministero Salute/CCM/ISS "PER LA SORVEGLIANZA SUGLI STILI DI VITA E I COMPORTAMENTI SALUTARI DELL'ETA' EVOLUTIVA (6-15 anni)"
- Cure Palliative Pediatriche
- Piano Nazionale di Prevenzione della Sterilità (art. 2 legge 40)
- Commissione ministeriale "SALUTE DELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA"

## ***Azioni in corso:***

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

# **Premessa**

## **Nel mondo.**

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

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

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

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

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

Una bambina su cinque non completa l'istruzione primaria.

Le donne analfabete sono il doppio degli uomini.

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

Sono 130 milioni le donne con mutilazioni genitali.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ogni giorno sono contagiati dall'HIV 6.000 giovani.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Nella Regione Europea dell'OMS**

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

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

Nel 2001 il tasso di mortalità materna nelle Repubbliche dell'Asia centrale era di 42 per 100.000 nati vivi, in netto contrasto con un tasso di 5 per 100.000 nei Paesi UE. Più del 70% delle morti materne hanno le stesse cause: emorragie eclampsia, sepsi e aborto non sicuro. Condizioni come l'HIV-AIDS, tubercolosi, malattie cardiache e malaria possono spesso aggravare le complicazioni della gravidanza e del parto.

Profonde disuguaglianze esistono anche all'interno dei Paesi. I segmenti più poveri della popolazione hanno tassi di mortalità infantile più elevati. In molti Paesi vi sono marcate differenze tra aree urbane e aree rurali.

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

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

<b>Paese</b>	<b>Mortalità infantile (per 1.000 nati vivi)</b>	<b>Mortalità materna (per 100.000 nati vivi)</b>
Austria	4.84	6.63
Azerbaijan	12.52	25.37
Federazione Russa	14.57	36.52
Francia	4.46	7.28
Germania	4.31	3.68
Grecia	5.1	3.91
<b>Italia</b>	<b>4.64</b>	<b>2.07</b>
Paesi Bassi	5.37	6.91
Portogallo	5.06	5.32
Repubblica Ceca	3.97	8.82
Regno Unito	5.5	7.92
Spagna	4.08	4.18
Svizzera	4.98	1.36
Turchia	36	.....
Ucraina	11.38	23.91
Uzbekistan	18.38	34.12
<b>Regione Europea dell'OMS</b>	<b>9.73</b>	<b>17.5</b>
<b>UE</b>	<b>5.78</b>	<b>7.12</b>
<b>CIS</b>	<b>16.6</b>	<b>35.9</b>

#### **Condizioni di salute delle donne nella Comunità europea.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tra il 15 ed 20% dei malati di **AIDS** nella Comunità sono donne e tale percentuale risulta in aumento. Gli uomini trasmettono più facilmente il VIH alle donne di quanto lo trasmettano le donne agli uomini. Le azioni di prevenzione destinate alle donne sono in genere di portata limitata.

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

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

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

## Il diritto globale alla salute

L'obiettivo globale dell'OMS, sancito dalla sua Costituzione adottata dai 193 Stati Membri (tra cui l'Italia, nel 1947) è il "conseguimento, per tutte le popolazioni, del più alto livello possibile di salute". L'OMS definisce la salute come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non solamente come assenza di malattia".

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

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

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

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

Tali goals sono:

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

## *In Italia.*

### Donne e salute

In Italia risiedono complessivamente 58.500.000 individui e le donne sono poco più di 30.000.000. Sotto il profilo sanitario, i dati sottolineano anzitutto come le donne vivano mediamente più a lungo degli uomini: **l'aspettativa di vita** alla nascita, secondo i dati ISTAT calcolati nell'anno 2003, è di 76,9 anni per gli uomini e di 82,9 anni per le donne. La maggiore longevità delle donne sta alla base delle differenze che si registrano a proposito delle **patologie croniche**. Non è infatti solo sulle patologie tipicamente femminili (come l'osteoporosi per la quale si registra un'incidenza di otto volte superiore tra le donne) che si osserva una prevalenza femminile, bensì su tutte le patologie croniche considerate (allergie, cataratta, ipertensione, vene varicose, artrosi, osteoporosi, emorroidi, calcolosi del fegato, disturbi nervosi, cefalea o emicrania ricorrente, malattie della tiroide, lombosciatalgia).

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

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

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

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

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

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

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

I dati ISTAT sui tassi di **mortalità** relativi all'anno 2002, disaggregati per genere, mostrano come sia per la popolazione maschile che per quella femminile la quota più significativa di decessi verificatisi nell'anno di riferimento si collochi nella fascia di età più avanzata, e cioè quella oltre i 75 anni (881,4 decessi ogni 10.000 per gli uomini *over75* e 681,7 decessi ogni 10.000 per le donne *over75*).

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

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

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

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

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

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

Risulta comunque che la gravidanza inneschi molto spesso comportamenti responsabili negli stili di vita delle madri. Il livello di istruzione ha un ruolo importante nell'indurre la futura mamma a



modificare i propri comportamenti: le donne laureate o diplomate smettono di fumare nel 70% circa dei casi

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

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

## **I determinanti socioeconomici della salute delle donne**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**bambini in povertà.** Circa 2 milioni di bambini e ragazzi vive in famiglie sotto la soglia di povertà con minori opportunità di educazione e con maggiori probabilità di essere esposti ai fattori di rischio per la salute legati alla povertà: poca sicurezza, contiguità con storie di violenza, minori attenzioni alla prevenzione e alla qualità delle cure. Non ci sono politiche sanitarie specificamente dedicate agli svantaggi di salute per i bambini più poveri e anche le politiche sociali locali rivolte al sostegno economico e sociale delle famiglie in povertà hanno una distribuzione geografica molto disuguale. Considerando l'importanza che ha l'esperienza nei primi anni di vita per la salute dell'adulto e considerando l'aumento nel tempo di queste popolazioni, è fondamentale e prioritario cercare di contrastare precocemente tutti i fattori di rischio che la povertà produce in questa età, con attività di educazione alla salute, di diagnosi precoce, di accompagnamento all'uso corretto dei servizi sanitari e della prevenzione e con un sostegno alle famiglie, insieme con le altre risorse di assistenza messe a disposizione da parte della società;

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

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

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

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

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

sociale e alla povertà, con processi molto rapidi e con conseguenze devastanti per le persone e per le famiglie.

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

## **Le donne immigrate**

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

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

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

Il 54.8% delle donne straniere proviene infatti dall'Europa centro-orientale, il 15.5% dall'Africa, il 15.3 dall'Asia e il 14.2% dall'America. Altrettanto non omogenea è la distribuzione sul territorio nazionale (Dossier Statistico Immigrazione, Caritas, 2006).

La popolazione immigrata, nonostante il prevedibile attenuarsi dell'effetto migrante sano, che caratterizza i primi flussi migratori, è una popolazione dal patrimonio di salute ancora sostanzialmente integro.

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

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

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

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

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

Il numero di ecografie eseguite è minore rispetto a quello delle donne italiane. Le ragioni individuate in uno studio dell'Istituto Superiore di Sanità erano da ricercarsi in difficoltà di accesso ai servizi, difficoltà di comunicazione e a problemi economici.

Ciò pone le basi per un maggior numero di esiti negativi perinatali.

Le indagini finora condotte sulla popolazione immigrata mostrano un maggiore tasso di nati - mortalità e di mortalità neonatale, un maggior numero di parti pre termine e di bambini a basso peso alla nascita.

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

La promozione della salute delle donne immigrate deve essere perseguita in materia di procreazione cosciente e responsabile; assistenza alla gravidanza, parto e puerperio;

prevenzione del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza;  
prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale compresa l'HIV/AIDS;  
prevenzione dei tumori della sfera genitale femminile;  
miglioramento dell'accesso ai programmi di screening;  
prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine sottoposte a pratiche di Mutilazioni genitali femminili.

## **La violenza contro le donne**

La violenza sessuale e domestica è un fenomeno esteso e sempre più rilevante.

In Italia una recente indagine ISTAT, curata da Linda Laura Sabbadini nel 2006, condotta in seguito a una convenzione con il Ministero per i Diritti e le Pari Opportunità, dimostra che le donne italiane tra i 16 e i 70 anni vittime di violenza fisica o sessuale nel corso della vita sono stimate in 6.743.000 e, in particolare, circa un milione di donne ha subito stupri o tentati stupri. Il 14,3% delle donne, che abbiano o abbiano avuto un rapporto di coppia, ha subito almeno una violenza fisica o sessuale dal partner. Solo il 7% delle donne che ha subito violenza da parte di un partner, lo denuncia. Il sommerso continua, quindi, ad essere la norma. Inoltre, e ben più grave, appare il dato che il 33,9% delle donne che subiscono violenza dal partner e il 24% di quelle che l'hanno subita da un non partner, non parla con nessuno delle violenze subite. Nel silenzio si consuma la violenza e dal silenzio continua ad essere avvolta. I danni sulla salute fisica e psichica che la violenza determina sono quindi non prevenibili se non si attivano risorse e soluzioni innovative in grado di spezzare la spirale che incatena in un medesimo destino anche le generazioni future.

Dalla ricerca ISTAT emerge che tra i fattori che determinano una maggiore predisposizione a divenire un partner violento appare maggiormente significativo avere avuto un padre che picchiava la propria madre o che è stato maltrattato dai genitori. Infatti, la quota di violenti con la propria partner è pari al 30% fra coloro che hanno assistito a violenze nella propria famiglia di origine, al 34,8% fra coloro che l'hanno subita dal padre, al 42,4% tra chi l'ha subita dalla madre, mentre è limitata al 6% tra coloro che non hanno subito o assistito a violenze nella famiglia di origine.

Studi epidemiologici internazionali hanno dimostrato conseguenze fisiche, psicologiche e sociali della violenza, che oltre ad essere un grave evento traumatico ed un'esperienza intollerabile che annienta il senso di integrità personale, provoca danni di lungo periodo ed è anche fattore eziologico in una serie di patologie rilevanti per la popolazione femminile. Sono stati condotti studi sulle patologie ginecologiche, gastroenterologiche, sui disturbi alimentari, disturbi d'ansia e attacchi di panico. Particolare attenzione è stata data dall'OMS alle patologie mentali e alla depressione. Fra le donne che hanno subito violenza si riscontra anche una maggiore frequenza di suicidio.

La raccomandazione del Consiglio d'Europa n. 1582 del 27.09.2002 e del Comitato Economico del 22.02.2006, hanno invitato gli Stati membri ad adottare misure per la tutela della salute e la sicurezza delle donne. Hanno ribadito il carattere diffuso della violenza domestica contro le donne, che ne subiscono conseguenze a tutti i livelli: casa, salute, comportamento, relazioni sociali, educazione, libertà di vivere la propria vita. Questo fenomeno endemico riguarda tutti i Paesi europei ed è presente in tutte le categorie e classi sociali. La violenza domestica può manifestarsi in diverse forme quali l'aggressione fisica, l'abuso, la violenza sessuale, le minacce e l'intimidazione.

L'Assemblea ha considerato gli atti di violenza domestica come atti criminali e ha invitato gli Stati membri ad assumersi l'obbligo di prevenire, istruire e punire gli atti di violenza domestica, offrendo in tal modo una protezione alle vittime. Sono stati sollecitati i governi a mettere in atto politiche efficaci di sensibilizzazione e campagne di informazione per porre la popolazione nella condizione di conoscere ed essere educata sul tema.

E' stata riconosciuta la necessità e l'importanza dell'elaborazione di strategie di intervento collettivo a livello locale per prevenire il fenomeno e dare assistenza alle vittime, nonché è stato sollecitato il miglioramento delle statistiche sulla violenza domestica e l'aumento delle risorse per sostenere i servizi sociali che trattano il problema della violenza domestica.

In conclusione, per contrastare la violenza generando al contempo un cambiamento culturale e sociale, sono necessarie azioni sinergiche: sensibilizzare e informare, promuovere attività di

educazione, di prevenzione e di cura, attivare rapporti fecondi di collaborazione tra le strutture sul territorio.

### **Interruzione volontaria della gravidanza**

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

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

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

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

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

### **Le neoplasie femminili.**

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

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

Una donna ogni 11 ha la probabilità di ammalarsi per un tumore al seno, una ogni 25 di un tumore cutaneo diverso dal melanoma, una ogni 32 un tumore del colon-retto, una ogni 68 di un tumore dell'utero e una ogni 71 di un tumore del polmone. Il rischio di morire per tumore, tra gli 0 e i 74 anni, è pari ad un decesso ogni 11 donne (1 decesso per cancro della mammella ogni 51 donne).

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

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

Nel 2003, 481.480 donne si sono ricoverate per tumore, il 7.4% del totale dei ricoveri. La sede tumorale per la quale vi è stato il numero maggiore di ricoveri ordinari è stata la mammella (18%).

405.603 donne che nei cinque anni precedenti hanno avuto una diagnosi di tumore sono ancora in vita: quasi 165.000 casi con una diagnosi di cancro della mammella.

La prevenzione del cervicocarcinoma mediante pap test, la prevenzione del tumore mammario mediante screening mammografico e la prevenzione del tumore colonrettale, rientrano fra le prestazioni che sono considerate **Livelli Essenziali di Assistenza**. Le donne comprese fra 25-64 anni dovrebbero effettuare lo screening cervicale ogni tre anni; le donne fra i 50 e i 69 anni lo

screening mammografico ogni 2 anni; le donne (e gli uomini) fra i 50 e i 70-74 anni lo screening colorettales mediante ricerca del sangue occulto fecale.

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

Per lo screening del cancro dell'utero (**Pap-test**), due terzi del territorio nazionale sono coperti da programmi organizzati: si passa dal 70% del Nord al 90% del Centro al 50% del Sud. La partecipazione ai programmi organizzati è pari 40%, mentre è assai diffusa la diagnosi precoce. Infatti le donne che riferiscono di aver fatto almeno un Pap test nella loro vita è pari al 71% (più dell'80% al Nord e meno del 50% in alcune grandi Regioni meridionali).

### **Gravidanza, parto, puerperio (rilevazione dati CedAp).**

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

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

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

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

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

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

I dati rilevati riflettono il fenomeno, già analizzato altrove, dell'eccessiva **medicalizzazione** e di un sovrautilizzo delle prestazioni diagnostiche in gravidanza.

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

Nell'ambito delle tecniche diagnostiche prenatali invasive, l'**amniocentesi** è quella più usata, seguita dall'esame dei villi coriali (nel 3,21% delle gravidanze) e dalla funicolocentesi (nell' 1,24%).

In media ogni 100 parti sono state effettuate più di 17 amniocentesi.

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

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

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

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

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

L'età media della madre è di 31,8 anni per le donne italiane mentre scende a 28,5 anni per le donne straniere. I valori mediani sono invece di 31,4 anni per le italiane e 27,6 anni per le straniere<sup>1</sup>.

L'età media al primo figlio è per le donne italiane superiore a 30 anni con variazioni sensibili tra le regioni del nord e quelle del sud. Le donne straniere partoriscono il primo figlio in media a 26 anni. Il livello di **scolarizzazione** aumenta all'aumentare dell'età al parto.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dalla fonte CeDAP si ha un tasso di **natimortalità** di 3,15 nati morti ogni 1.000 nati.

Per quanto attiene la causa che ha determinato la natimortalità, la qualità di tale variabile presenta ancora criticità, anche a causa del ritardo con il quale è disponibile il referto dell'esame autoptico rispetto al termine di 10 giorni previsto per la compilazione del Certificato di assistenza al parto. Nel 2004 solo per il 25,5% dei 1.415 bambini nati morti è stata indicata la causa che ha determinato il decesso, nel 63% dei casi il motivo della morte non viene indicato e nel 12% dei casi viene indicata una causa errata o incompatibile per sesso e/o età.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **I dati sui ricoveri ospedalieri pediatrici (schede SDO)**

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

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

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

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

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

### **La salute dei bambini e degli adolescenti.**

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Il quadro normativo attuale.**

***Il P.O.M.I.***

***I LEA.***

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

***Piano Sanitario Nazionale.***

***Linee Guida nazionali.***

***Piano Nazionale di Prevenzione.***

***Piano nazionale vaccini***

## **Obiettivi strategici.**

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

***Riduzione delle disuguaglianze***

***Promozione di politiche pubbliche di promozione della salute.***

***La promozione della salute delle donne come priorità.***

## **A) Azioni già deliberate:**

### **Finanziaria 2007**

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

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

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

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

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

a) sperimentazione del modello assistenziale case della salute, 10 milioni di euro;

**b) iniziative per la salute della donna ed iniziative a favore delle gestanti, della partoriente e del neonato, 10 milioni di euro;**

**c) malattie rare, 30 milioni di euro;**

d) implementazione della rete delle unità spinali unipolari, per 10,5 milioni di euro.

Sono stati stanziati:

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

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

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

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

Infatti nel nostro paese ancora forti sono le differenze regionali per quanto riguarda la mortalità neonatale, il trasporto in utero e neonatale, la presenza dei consultori, la partecipazione ai corsi di

accompagnamento alla nascita, la presenza del padre in sala parto, il *rooming in*, il proseguimento dell'allattamento esclusivo fino ai sei mesi, la continuità assistenziale tra gravidanza-parto- puerperio, l'integrazione tra i servizi territoriali e ospedalieri .

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

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

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

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

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

L'obiettivo è rispondere alle criticità, ma anche introdurre elementi di innovazione. In questo senso l'introduzione della procedura di anestesia epidurale, già introdotta nei LEA, rappresenta un ulteriore miglioramento della possibilità di scelta delle donne, che devono essere sempre più informate e consapevoli e devono essere rimesse al centro del percorso nascita, contrastando eccessi di medicalizzazione e di riduzione della loro competenza.

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

## **Vaccino HPV**

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Screening neonatale obbligatorio per le sordità congenite.**

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

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

Due sono le metodiche abitualmente usate per lo screening audiologico: la registrazione di emissioni otoacustiche transienti (TEOAE) ed i potenziali evocati uditivi automatici del tronco (AABR) con una eventuale associazione delle due strategie. La sensibilità appare elevata, per le TEOAE quasi il 100%, la specificità è pari al 97%.

Le TEOAE rappresentano un test rapido, molto semplice, ben riproducibile e non invasivo: Gli apparecchi in uso hanno un costo molto basso e non necessitano di alcuna preparazione specialistica da parte del personale che li adopera, ma solo di adeguato addestramento. I soggetti risultati positivi al test devono essere inviati ad un Centro di II livello per indagini più approfondite.

### **Linee di indirizzo nazionale sull'allattamento materno**

Il latte materno fornisce tutti i nutrienti di cui il lattante ha bisogno nei primi sei mesi di vita e dà un importante contributo alla nutrizione, salute e sviluppo del bambino, anche successivamente quando ha inizio una adeguata alimentazione complementare. Il Ministero della salute raccomanda perciò come misura di salute pubblica che i bambini siano allattati esclusivamente al seno fino a sei mesi e che l'allattamento al seno continui poi, con adeguati alimenti complementari fino a che la madre ed il bambino lo desiderino, anche dopo l'anno di vita.

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

Il Ministero della Salute, in accordo con il Ministero dell'Università e della Ricerca, il Ministero del Lavoro e Previdenza Sociale, Ministero della Pubblica Istruzione e il Dipartimento delle Politiche per la famiglia della Presidenza del Consiglio dei Ministri, promuoverà varie iniziative a favore

della protezione, alla promozione ed al sostegno dell'allattamento al seno. Inoltre in collaborazione con il Ministero per lo Sviluppo Economico, il Ministero per le Politiche Agricole Alimentari e Forestali e il Ministero per l'Ambiente e Tutela del Territorio, metterà in atto tutte le misure necessarie a proteggere il latte materno dalla possibile contaminazione, attraverso la catena alimentare, con residui chimici ambientali e tossine.

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

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

### **Progetto Ministero Salute / CCM / ISS – “STRATEGIE UTILI A FAVORIRE UNA ASSUNZIONE OTTIMALE DI ACIDO FOLICO”**

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

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

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

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

Il progetto promuove approcci complementari alla supplementazione quali:

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

### **Progetto Ministero Salute / CCM / ISS - “PER LA PROMOZIONE E LA VALUTAZIONE DI QUALITÀ DI MODELLI OPERATIVI DEL PERCORSO NASCITA”**

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

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

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

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

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

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

*Travaglio-parto:* promozione e sostegno del parto attivo; rooming in; promozione, sostegno e protezione dell'allattamento al seno; counselling sulle cure neonatali e informazione su normative e sui servizi in puerperio per la salute della donna e del bambino.

*Puerperio:* offerta attiva di almeno un incontro/visita domiciliare in puerperio alle donne che hanno partorito nel territorio, counselling sulle cure in puerperio, promozione della procreazione responsabile, promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno.

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

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

Tra le attività da sviluppare, nell'ambito della Comunicazione e Formazione, si prevede anche la raccolta, la produzione e la validazione di materiali informativi sulla prevenzione e sulle buone pratiche nel percorso nascita che possano essere messe a disposizione di tutte le Regioni per l'aggiornamento degli operatori dei servizi.

Una specifica attività, realizzata dall'Istituto Superiore di Sanità, riguarderà la sorveglianza del percorso nascita nelle popolazioni immigrate sia con studi trasversali che con la messa in rete di strumenti informativi specifici.

Il Progetto è finanziato con 2 milioni di euro.

## **Campagna Nazionale di Comunicazione "GENITORI PIU'"**

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

Il Progetto si propone l'estensione a livello nazionale delle Azioni sperimentate nella Campagna "GenitoriPiù" della Regione Veneto.

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

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

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

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

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

Il progetto prevede il coinvolgimento strategico, nella rete dei Servizi impegnati nel progetto, dei Pediatri di Famiglia per tutta la parte di azioni promosse (sulla scorta di quelle contenute nella

Convenzione in atto nel Progetto Salute Infanzia dell'Accordo della Pediatria di Libera scelta come ulteriormente definite negli accordi regionali e nei singoli Patti Aziendali).

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

Assi principali di lavoro

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

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

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

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

Obiettivi specifici diventano, quindi:

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

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

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

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



## **Cure Palliative Pediatriche**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Progetto di Comunicazione "Diventare Genitori"**

In attuazione della legge 40 /2004 si prevede per il 2007 la diffusione di un'informazione istituzionale di pubblico interesse finalizzata a orientare adolescenti e giovani verso stili di vita e comportamenti salutari, allo scopo di prevenire l'infertilità e la sterilità che in Italia colpiscono tra il

15 ed il 20% delle coppie e per promuovere presso i giovani il valore dell'assunzione del ruolo genitoriale.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Commissione ministeriale “SALUTE DELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA”**

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

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

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

Il Centro e la Commissione procederanno alla elaborazione di un Piano di intervento di lungo periodo, una sorta di Piano strategico collegato con il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, nel quale, per ogni argomento, siano previsti strumenti di : ricerca, formazione, informazione volta alla

promozione della fruibilità dei servizi, attivazione di servizi specifici, a seconda delle esigenze e dei bisogni degli utenti. Il Piano è finalizzato a:

- sostenere Regioni ed enti locali per un miglioramento dei servizi materno-infantili, anche attraverso l'introduzione di personale specializzato nell'assistenza domiciliare, per un'effettiva presa in carico di ogni specifico caso, dal concepimento fino all'età della prima infanzia del bambini, la modulazione dell'orari e delle prestazioni anche sulla base delle esigenze delle donne immigrate, l'integrazione dell'assistenza sanitaria con servizi di mediazione culturale.
- promuovere campagne informative per la prevenzione della gravidanza e dell'interruzione volontaria della gravidanza
- promuovere campagne informative per le donne straniere sull'educazione alimentare, la crescita armoniosa del bambini dal punto di vista fisico e psicologico, sui servizi per l'infanzia disponibili sul territorio
- promuovere politiche di sostegno alla maternità.
- promuovere la copertura totale delle vaccinazioni obbligatorie per i minori, con particolare attenzione ai figli d immigrati irregolari e ai bambini Rom.
- in attuazione della legge 7/2006, sulle mutilazioni genitali femminili: promuovere la formazione specifica degli operatori sanitari, degli operatori della scuola e un costante e leale rapporto con le famiglie; prevedere, con il supporto di enti locali e servizi specializzati, misure di intervento sia di tipo preventivo che di tutela delle donne vittime di mutilazioni genitali, inquadrando gli interventi in un contesto più ampio di contrasto di tutte le forme di violenze contro le donne e di un reale cambiamento del comportamento nei confronti delle donne, agendo su vari fattori: istruzione, status sociale delle donne e delle bambine; discriminazione contro le donne; mancanza di conoscenza dei diritti umani e delle donne; mancanza di empowerment economico.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Certificazione ostetriche**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Obiettivi specifici* sono:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Miglioramento sistema rilevazione CedAp**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La prevenzione deve basarsi su cinque importanti azioni:

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

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

Gli obiettivi da raggiungere nel triennio sono:

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



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

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

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

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

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

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

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

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

### **Progetto "APERTURA DI SPORTELLI CONTRO LA VIOLENZA SULLE DONNE SU TUTTO IL TERRITORIO NAZIONALE"**

Ai consultori, ai centri dell'associazionismo femminile e del volontariato sociale arrivano donne che hanno già deciso di chiedere aiuto per uscire da un legame violento, mentre al pronto soccorso di un ospedale arrivano donne diverse, non meno sofferenti, ma ancora incapaci di dare un nome a ciò che è avvenuto. Donne che si nascondono dietro storie di improbabili cadute accidentali o di incidenti domestici contro spigoli di porte o di altri eventi altrettanto inverosimili; donne che non

riuscirebbero a pronunciare la parola violenza sessuale per descrivere rapporti subiti dopo minacce o percosse.

Gli operatori di un Pronto Soccorso e i medici di medicina generale, anche se hanno di sicuro incontrato nella loro professione persone che hanno subito violenze, maltrattamenti fisici o psicologici, raramente hanno gli strumenti culturali necessari per riconoscerle.

A volte è l'inizio di una gravidanza l'occasione scatenante del manifestarsi di un conflitto, della rottura di un precario equilibrio raggiunto, e da quel momento le violenze psicologiche o fisiche possono entrare a far parte del nuovo lessico familiare di quella coppia. Il ricatto economico, il bisogno di condivisione delle responsabilità parentali, la difficoltà di modificare le proprie abitudini di vita per adattarsi all'impegno del ruolo materno, il senso di inadeguatezza e di progressiva insicurezza, la vergogna per il fallimento della coppia, la paura della solitudine, e, a volte ancora, un residuo sentimento d'amore, impediscono alla donna di rendere pubbliche le violenze. All'inizio subisce nella speranza che ogni volta sia l'ultima, alla fine continua a subire per l'impossibilità di intravedere altre vie di uscita, per i figli e per sé.

Per questo non è facile una diagnosi differenziale tra lesione accidentale e violenza domestica, per la difficoltà di riconoscere i segnali inespressi: le pregresse ecchimosi di diverso colore, il dolore psichico eccessivo rispetto all'evento traumatico dichiarato, l'atteggiamento di difesa e di paura.

Gli ambulatori medici e gli ospedali sono luoghi dove non è facile trovare il tempo per curare con attenzione ferite nascoste o per comprendere il contesto sociale e familiare delle persone che vi si rivolgono.

D'altra parte la prevenzione di ulteriori danni per la donna e per i figli di quella coppia è possibile solo se la diagnosi di violenza domestica viene posta precocemente. La spirale degli abusi e delle violenze intrafamiliari è l'inizio di una catena di eventi violenti che coinvolgeranno anche le generazioni future.

Per attuare un'azione di prevenzione bisogna fornire agli operatori sanitari una preparazione adeguata ad ascoltare in un modo diverso, a prestare attenzione anche alle parole non dette, perché troppo difficili da pronunciare. Tuttavia, l'ascolto, la comprensione, l'empatia sono necessari, ma non sufficienti a determinare nella donna la scelta di uscire dalla violenza, che richiede di iniziare un percorso ben più lungo e tortuoso. I tempi necessari ad una donna per decidere di uscire da una situazione di violenza domestica sono molto diversificati; chiunque si occupi di questo problema conosce il rischio di tramutare l'iniziale comprensione in giudizio negativo, in insofferenza, in esplicita intolleranza.

- Pronto soccorso ospedaliero

Ambito privilegiato per l'apertura di sportelli "dedicati" è sicuramente quello ospedaliero, con particolare attenzione al Pronto Soccorso, per offrire accoglienza, ascolto e informazione alle donne che vi afferiscono e che presentano caratteristiche direttamente o indirettamente collegabili ad una storia di maltrattamento e abuso. Tali sportelli diventeranno punto di riferimento nonché preziosa risorsa anche per il personale sanitario impegnato nei vari reparti. Ipotizzare l'apertura di sportelli dislocati sul territorio nazionale significa individuare le realtà e gli operatori più sensibili da cui partire per un primo livello di sperimentazione.

In altri termini, una volta riconosciuto che quella donna ha un problema più ampio rispetto alla ferita o alla malattia per cui si è rivolta ad un Servizio Sanitario, bisogna essere in grado di fornire, attraverso una specifica accoglienza sanitaria e all'attivazione successiva della risorsa "sportello" tutte le informazioni necessarie sulla rete attivabile. Per maturare una decisione autonoma per uscire dalla situazione di violenza la donna necessita di tempo; gli aiuti e sostegni che si attiveranno attorno a lei, anche e soprattutto quelli di una ricostituita rete amicale e parentale o di una nuova rete dei servizi specialistici, sono fondamentali.

La costruzione della rete dei servizi che si occupano di azioni di contrasto alla violenza domestica e sessuale, è azione imprescindibile per l'invio/accompagnamento delle donne presso i centri più adeguati. E' fondamentale che gli sportelli prevedano la possibilità di presenza al colloquio di mediatrici culturali per le vittime di violenza straniera che non siano in grado di comprendere le possibilità di aiuto e intervento proposte.

Gli sportelli, inoltre, dovranno integrarsi con i centri di soccorso per la violenza sessuale là dove siano già attivi.

La proposta di aprire all'interno dei pronto soccorso ospedalieri di maggiore affluenza **sportelli dedicati ad aiutare le donne che subiscono violenza domestica** costituisce una risorsa per

incentivare la diagnosi precoce e per supportare gli operatori sanitari che si confrontano con una problematica così complessa. La necessità di tutelare la vittima e gli eventuali figli deve essere sempre tenuta presente. A volte proprio l'avvio di un'indagine giudiziaria accentua il rischio per la donna di subire ulteriori e più gravi violenze. Una possibile offerta di aiuto da utilizzare in un futuro più o meno prossimo può essere più utile per la donna di un atto di forza, quale la denuncia di reato, specialmente se effettuata senza il suo consenso.

Gli **sportelli** saranno un luogo di prima accoglienza per chi è vittima di questo reato, dove potrà fare l'esperienza di un ascolto e di un dialogo con altre donne (assistenti sociali, psicologhe, operatrici di accoglienza), e costruire una relazione di fiducia. Gli sportelli avranno il compito di fornire una prima risposta, di informare sulle opzioni possibili e sulla rete esistente di servizi pubblici, del privato sociale e dell'associazionismo femminile in grado di offrire un aiuto competente, anche rispetto ai diritti legali. Avranno una funzione di facilitazione di una eventuale successiva presa in carico psicologica per la coppia, se ancora possibile, o per la donna. In ogni caso potranno offrire una funzione di recupero di una capacità genitoriale, di supporto e di salvaguardia per i figli, di prevenzione di comportamenti antisociali per le generazioni future.

## **Endometriosi**

L'endometriosi è una malattia:

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

Per questo servono 4 azioni positive:

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

## **Carcinoma della mammella**

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

Ogni anno viene diagnosticato a 31.000 donne:

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

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

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

In questo quadro si selezionano alcune azioni:

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

## **Menopausa e osteoporosi**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nel SANIT di Aprile è prevista una apposita sessione.

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