

*Piano Sanitario Regionale 1999-2001*

*Rapporto tecnico per la definizione  
di obiettivi e strategie per la salute*

obiettivi e strategie per la salute

# Salute Donna

ISSN 1591-223X

DOSSIER

49

Regione Emilia-Romagna  
CDS Aziende USL Città di Bologna e Ravenna



*Piano Sanitario Regionale 1999-2001*

*Rapporto tecnico per la definizione  
di obiettivi e strategie per la salute*

**obiettivi e strategie per la salute**

# **Salute Donna**

ISSN 1591-223X

**DOSSIER**

**49**

**Regione Emilia-Romagna**

**CDS Aziende USL Città di Bologna e Ravenna**

Il Rapporto è stato curato da un Gruppo di lavoro, costituito con Determinazioni del Direttore generale della sanità della Regione Emilia-Romagna n. 6203/1999 e n. 10000/1999, e composto da:

Maria Maffia Russo	<i>Azienda USL di Rimini coordinatrice</i>
Silvana Borsari	<i>Ufficio consultori familiari Assessorato alla sanità, Regione Emilia-Romagna</i>
Maurizio Bracciani	<i>Azienda USL Bologna Nord</i>
Eleonora Bronzoni	<i>Assessorato alla cultura, Regione Emilia-Romagna</i>
Carlo Bulletti	<i>Azienda USL di Rimini, Ospedale Infermi</i>
Maria Giovanna Caccialupi	<i>Azienda USL Città di Bologna</i>
Silvia Candela	<i>Azienda USL di Reggio Emilia, Dipartimento di sanità pubblica</i>
Maria Pia Capozzoli	<i>CGIL (FP) regionale</i>
Bianca Maria Carlozzo	<i>Centro di documentazione per la salute, Aziende USL Città di Bologna e di Ravenna</i>
Daniela Daniele	<i>Azienda USL di Rimini, Distretto di Riccione</i>
Gianfranco Gori	<i>Azienda USL di Forlì, Ospedale Infermi "Pierantoni"</i>
Carmela Grezzi	<i>Servizi politiche familiari, infanzia, adolescenza Regione Emilia-Romagna</i>
Luisa Mantovani	<i>Psicologo clinico libero professionista</i>
Corrado Melega	<i>Azienda USL di Cesena, Ospedale "Bufalini"</i>
Laura Piretti	<i>UDI Modena</i>
Paola Salvini	<i>Azienda USL di Parma</i>
Simonetta Simoni	<i>Sociologo libero professionista</i>
Carla Tromellini	<i>Psicologo - Azienda USL di Reggio Emilia</i>

*Si ringraziano Fiorella Del Bianco (Azienda USL di Rimini, Distretto di Riccione), Claudia Galassi (Centro di documentazione per la salute, Aziende USL Città di Bologna e di Ravenna) e Raffaella Patrignani (Azienda USL di Rimini, Segreteria Distretto di Riccione) per la preziosa collaborazione.*

Redazione e impaginazione a cura di: *Federica Sarti*

*Centro di documentazione per la salute, Aziende USL Città di Bologna e Ravenna*

Stampa: *Ravenna, dicembre 2000*

Copia del volume può essere richiesta a:

*Centro di documentazione per la salute - via Gramsci 12, 40121 Bologna  
tel. 051/6079933 - fax 051/251915 - e-mail: [cdocsal@iperbole.bologna.it](mailto:cdocsal@iperbole.bologna.it)*

oppure può essere scaricata dal sito Internet:

<http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/> - box "Dossier"

# INDICE

	pag.
<b>Presentazione</b>	<b>5</b>
<b>Sommario</b>	<b>7</b>
<b>1. Determinanti della salute della donna</b>	<b>11</b>
1.1. Determinanti socio-culturali	11
1.2. Il lavoro	13
1.3. Sicurezza in casa	17
1.4. Stili di vita	24
<b>2. Area del disagio</b>	<b>27</b>
2.1. Abuso e maltrattamento	27
2.2. Disturbi del comportamento alimentare	32
<b>3. Migliorare la qualità della vita</b>	<b>37</b>
3.1. Donne anziane	37
3.2. Pazienti oncologiche	47
<b>4. Assistenza alla patologia ginecologica</b>	<b>51</b>
4.1. Premessa	51
4.2. Analisi di stato	51
4.3. Analisi di attività	51
4.4. Obiettivi, azioni ed indicatori proposti	52
<b>5. Donne immigrate</b>	<b>55</b>
5.1. Analisi del problema	55
5.2. Determinanti e fattori di rischio	56
5.3. Interventi risultati efficaci nel ridurre il fenomeno	56
<b>6. Salute riproduttiva</b>	<b>61</b>
6.1. Strategie per promuovere la genitorialità	61
6.2. Offerta di servizi in Emilia-Romagna	63
6.3. Percorso nascita	64
6.4. Tutela della fertilità	69
6.5. Contracezione	72
6.6. Legge 22 maggio 1978 n. 194	77
<b>Allegati. Esempi di patto di solidarietà per la salute</b>	<b>81</b>
Allegato 1. Salute donne anziane	83
Allegato 2. Abuso e maltrattamento	84
Allegato 3. Salute riproduttiva dei cittadini	85
Allegato 4. Contracezione	86
Allegato 5. IVG	87
<b>Bibliografia</b>	<b>89</b>



## PRESENTAZIONE

*I Rapporti tecnici per la definizione di obiettivi e strategie per la salute che vengono pubblicati nella collana Dossier del Centro di documentazione per la salute individuano gli obiettivi prioritari e le strategie di salute della Regione Emilia-Romagna. I Rapporti sono stati elaborati da Gruppi di lavoro intersettoriali composti da professionisti chiamati dalla Regione Emilia-Romagna fra coloro dotati di specifica competenza scientifica ed esperienza professionale.*

*Il Piano sanitario regionale 1999-2001 fa proprio l'esplicito riconoscimento contenuto nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 che una politica per la salute, per poter essere efficace, deve andare oltre una semplice politica di assistenza sanitaria e coinvolgere i diversi settori della società con un potenziale impatto sulla salute. Il PSR 1999-2001 persegue infatti una politica di alleanze e di solidarietà, proponendosi come "agenda integrata di impegni per la salute, aperta al potenziale contributo di tutti i soggetti che assumono impegni per la salute e per i servizi sanitari". A questo scopo esso adotta il sistema della "programmazione negoziata" che vede nei Piani per la salute la sede e il momento privilegiato di attuazione a livello locale.*

*La prima fase attuativa del PSR 1999-2001 ha avuto luogo attraverso la costituzione di Gruppi di lavoro deputati a tradurre e verificare sul piano operativo il disegno organizzativo e il sistema di relazioni e delle responsabilità prefigurati nel Piano medesimo, individuando criteri e strumenti comuni, utili alla ridefinizione dell'assetto complessivo del sistema di servizi. I documenti prodotti da questi gruppi (riguardanti le linee guida per la formulazione dei Piani per la salute, il Dipartimento di sanità pubblica, l'organizzazione distrettuale e dell'assistenza ospedaliera sul territorio regionale) sono stati assunti in forma di Delibera della Giunta regionale e pubblicati sul BUR del 2 maggio 2000.*

*Ha quindi fatto seguito la fase di implementazione della politica per la salute e dei suoi principi di intersettorialità, di sussidiarietà e di contestabilità degli impegni rispettivamente presi, particolarmente in ordine alla selezione di aree di intervento prioritarie a livello locale all'interno delle quali definire obiettivi rispondenti ai bisogni di salute della popolazione di riferimento, gli strumenti, le metodologie e le modalità di azione. Questa fase ha visto la specificazione più dettagliata degli obiettivi di salute da perseguire e delle strategie più idonee per raggiungerli attraverso un'altra serie di Gruppi di lavoro intersettoriali che hanno affrontato i contenuti tecnici e operativi. I Rapporti tecnici per la definizione di obiettivi e strategie per la salute che vengono pubblicati in questa collana rappresentano appunto i programmi e le strategie di salute che la Regione Emilia-Romagna propone alle Aziende sanitarie e alle Conferenze sanitarie territoriali, queste ultime nella loro veste di promotori e guida nella elaborazione e attuazione dei Piani per la salute.*

*Data la complessità tecnica di questi Rapporti e i contenuti scientifici spesso non immediatamente accessibili ai non specialisti della materia, l'Assessorato alla sanità della Regione Emilia-Romagna sta elaborando due documenti di sintesi che raggruppano tra loro i diversi Rapporti, allo scopo di renderli strumenti operativi più efficaci nelle mani di coloro che dovranno formulare e attuare i Piani per la salute a livello locale.*

*Giovanni Bissoni*

*Assessore alla sanità, Regione Emilia-Romagna*

## SOMMARIO

### Obiettivi generali

La salute femminile presenta specificità di genere, indipendenti dalla sfera riproduttiva, che riguardano:

- le diffusioni di fattori di rischio,
- l'incidenza di malattie e disabilità,
- la frequenza nella utilizzazione dei servizi sanitari.

Favorire un'attenzione alla salute femminile individuando il genere quale determinante significativo diventa necessario al fine di tutelarne la specificità e al fine di costruire una parità di opportunità, sapendo che la reale condizione di vita delle donne e degli uomini è diseguale e diversa.

Una strategia per la salute della donna richiede di:

- costruire un sistema epidemiologico e statistico che ricerchi dati disagregati per genere,
- promuovere la valenza di genere nella ricerca,
- diffondere le informazioni sulla salute della donna.

Nella costruzione degli obiettivi di salute della donna il documento delinea innanzitutto le caratteristiche generali del contesto regione per capire chi sono e come vivono le donne in Emilia-Romagna. La lettura dei dati quantitativi privilegia tre dimensioni.

- La dimensione del genere, una chiave di lettura che permette di focalizzare gli obiettivi del Piano con attenzione alla specificità della vita delle donne.
- La dimensione del ciclo di vita. Questa considera la vita degli individui in senso diacronico, segnata nel tempo da passaggi, eventi, fasi in parte prevedibili che comportano impegni, responsabilità e priorità diverse e punteggiate da eventi critici (legate all'età - diventare adulti; alla vita familiare - dalla scelta di sposarsi a quella di avere figli, a quella di separarsi o di risposarsi; alla vita lavorativa - dall'ingresso nel mondo del lavoro al miglioramento della collocazione lavorativa).
- La terza dimensione rilevante, strettamente connessa a quella del ciclo di vita, è quella sistemico-relazionale, secondo la quale qualsiasi considerazione sulla salute della donna andrebbe letta nelle connessioni e negli intrecci tra gli ambiti di vita, e particolarmente tra quello familiare, quello lavorativo e quello di utente/cliente dei servizi, per sé o per altri membri della famiglia.

Il documento sviluppa i bisogni di salute del *target* donna proponendo un approccio in cui l'offerta di interventi faccia parte di una strategia di prevenzione orientata da precisi obiettivi specifici e da un processo di promozione della salute che aiuti la persona ad arricchire le proprie competenze per effettuare scelte più consapevoli.

Le priorità in termini di bisogno di assistenza sanitaria e sociale e le relative risposte in termini di offerta di servizio vengono sviluppate sui seguenti temi.

### *Il lavoro*

La presenza della donna nella realtà produttiva (la RER ha il tasso di occupazione femminile più alto d'Italia pari al 60% per le donne tra i 25 e i 55 anni) comporta, nei confronti della sua salute, una maggiore esposizione per eventuali fattori di rischio derivanti dall'ambiente di lavoro. Nell'ambito della promozione della salute della donna in ambiente lavorativo viene individuata la necessità di realizzare programmi specifici, in particolare per ciò che riguarda la salute riproduttiva.

Un ambito tuttora poco esplorato riguarda l'area dei rischi connessi all'attività lavorativa domestica; vengono proposte alcune linee di ricerca, poiché questo ambito deve essere tenuto costantemente presente nella costruzione di obiettivi di salute che riguardano la donna.

### *Area del disagio*

#### - Abuso e maltrattamento

L'ampia tematica correlata alla violenza, agli abusi e ai maltrattamenti sulle donne deve trovare risposta attraverso un percorso che coinvolge tutte le risorse presenti sul territorio.

Considerare la violenza contro le donne come un problema di salute pubblica trova la sua giustificazione nelle caratteristiche peculiari del fenomeno spesso in ragione sia della alta incidenza e prevalenza in tutto il ciclo vitale della donna, in tutti gli strati socio-economici e in tutte le culture, sia della gravità delle conseguenze psicologiche a breve e a lungo termine.

Il documento propone alcune tracce di ricerca nonché alcuni obiettivi per iniziare ad affrontare il problema.

#### - Disturbi alimentari

I dati epidemiologici (Ministero della sanità) indicano che nei paesi occidentali industrializzati ogni 100 ragazze in età di rischio (fra i 12 e i 25 anni), 8-10 soffrono di qualche disturbo del comportamento alimentare. Questo, unito alla consapevolezza del progressivo aumento del fenomeno, porta a considerare il

disturbo alimentare come una malattia sociale o perlomeno condizionata da un certo stile di vita.

La dimensione quali/quantitativa del problema impone un percorso articolato ed integrato di interventi preventivi, di presa in cura, riabilitazione e socializzazione che il documento analizza.

### ***Donne anziane***

L'aumento di speranza di vita della popolazione ha fatto sì che il periodo post-fertile della vita femminile si sia allungato, dall'età media della menopausa all'aspettativa media di vita (82-85 anni) di circa 30 anni. In questa età, per la chiara evidenza epidemiologica, particolare interesse deve essere rivolto ad alcune patologie quali l'osteoporosi, l'incontinenza urinaria, le problematiche relazionali e quelle legate alla sessualità.

*La promozione della salute, la prevenzione e il trattamento delle principali patologie ginecologiche* in tutte le fasi della vita è un ulteriore obiettivo che il documento propone individuando alcune priorità.

### ***Salute riproduttiva***

Negli ultimi quarant'anni (dal censimento del 1951 a quello del 1991) sono raddoppiate in Emilia-Romagna le coppie senza figli; è crollata la fecondità che si attesta intorno all'1% (1,01), inferiore alla media nazionale che è di 1,2 figli per donna; si è spostata in avanti, intorno ai 30 anni, la scelta di fare figli, sia per le prime nascite che per quelle successive. Il tasso di occupazione femminile è cresciuto fino al 60% della popolazione compresa fra i 35 e 55 anni. In base ad alcune ricerche effettuate in tempi recenti nella nostra regione su gruppi di donne organizzate, risulta che esiste un desiderio di maternità che rimane inespresso. Dalla lettura di questi dati emergono alcune riflessioni.

- Ad un incremento della presenza delle donne nel mondo del lavoro sembra corrispondere una sostanziale fatica riproduttiva che si manifesta nel fare meno figli e più tardi.
- In Emilia-Romagna vi è contemporaneamente un alto tasso di occupazione femminile, un discreto numero di servizi e un dato basso di natalità. Questo suggerisce che la bassa propensione delle donne ad avere figli non può essere letta solo in chiave di compatibilità economiche e di presenza di servizi sul territorio. La presenza o meno di servizi probabilmente influirebbe più sul dato dell'occupazione che su quello della natalità.

- Esistono dei fattori che si interpongono tra maternità desiderata e maternità realizzata: il figlio unico, oggi prevalente nei modelli familiari della regione, potrebbe essere in molti casi non tanto una libera scelta quanto una scelta obbligata.

L'assumere che esiste un intreccio complesso tra fattori economici, sociali e culturali che insieme contribuiscono a determinare le scelte di procreazione, diventa indispensabile se si vuole promuovere una inversione di tendenza sulla natalità.

L'individuazione di possibili strategie di conciliazione tra lavoro, maternità, salute e servizi è la strada da percorrere.

### **Obiettivi specifici**

- Percorso nascita
- Tutela della fertilità
- Contraccezione
- Legge 22 maggio 1978 n. 194

Il documento prende in esame inoltre alcune tematiche che hanno un'incidenza e prevalenza significative per la costruzione di strategie specifiche per la salute della donna: donne immigrate, pazienti oncologiche, stili di vita (fumo e alcool).

Il documento ne tratta alcune specificità; per gli obiettivi generali si rimanda ai Rapporti tecnici "Esclusione sociale", "Neoplasie" e "Dipendenze patologiche".

*N.B. Il documento è costruito per capitoli autonomi che possono essere utilizzati all'occorrenza per ulteriori approfondimenti.*

## 1. DETERMINANTI DELLA SALUTE DELLA DONNA

### 1.1. Determinanti socio-culturali

Per inquadrare temi e obiettivi relativi alla salute della donna è necessario delineare le caratteristiche generali del contesto regionale, per capire chi sono e come vivono le donne in Emilia-Romagna.

La lettura dei dati quantitativi privilegia tre dimensioni cruciali.

- La dimensione del genere, una chiave di lettura che ci permette di focalizzare gli obiettivi del Piano con attenzione alla specificità della vita delle donne.
- La dimensione del ciclo di vita. Questa considera la vita degli individui in senso diacronico, segnata nel tempo da passaggi, eventi, fasi in parte prevedibili che comportano impegni, responsabilità e priorità diverse e punteggiate da eventi critici (legate all'età - diventare adulti; alla vita familiare - dalla scelta di sposarsi a quella di avere figli, a quella di separarsi o di risposarsi; alla vita lavorativa - dall'ingresso nel mondo del lavoro al miglioramento della collocazione lavorativa).
- La terza dimensione rilevante, strettamente connessa a quella del ciclo di vita, è quella sistemico-relazionale, secondo la quale qualsiasi considerazione sulla salute della donna andrebbe letta nelle connessioni e negli intrecci tra gli ambiti di vita, e particolarmente tra quello familiare, quello lavorativo e quello di utente/cliente dei servizi, per sé o per altri membri della famiglia.

Passiamo ora al quadro dei dati. La prima immagine dell'Emilia-Romagna che emerge dai dati ISTAT del censimento del 1991 e dalle successive elaborazioni dell'Ufficio statistica regionale (1996) è quella di un territorio caratterizzato da un accentuato invecchiamento della popolazione (legato anche al calo della mortalità), con un forte squilibrio generazionale (gli anziani oltre i 65 anni sono il doppio - 21,5% - dei minori di 15 anni - 10,9%) e una maggiore longevità femminile (la speranza di vita per le donne è di 82 anni contro i 75 degli uomini). La contrazione nel numero dei componenti la famiglia è un fenomeno nazionale (media nazionale: 2,8 membri) ma è più accentuato in Emilia-Romagna (2,6).

Negli ultimi quarant'anni (dal censimento del 1951 a quello del 1991) sono raddoppiate le coppie senza figli ed è crollata la fecondità, che si attesta intorno all'1% (1,01), inferiore alla media nazionale di 1,2 figli per donna. Si può dunque sostenere che si è affermata la cultura del figlio unico, procrastinato fino all'età di 30 anni. Le famiglie composte da coniugi con figli sono il 44% del totale e superano il 50% (53,7%) solo se si aggregano i nuclei conviventi con figli. Sono in diminuzione anche le

famiglie estese e multiple (con parenti conviventi, con due o più unità coniugali), attestate intorno al 13%.

Il maggiore aumento viene registrato invece nei nuclei di persone che vivono sole (non sposate, divorziate o vedove) che sono il 23% di tutte le famiglie, quasi il 9% della popolazione, il che significa che un appartamento su quattro è occupato da una persona sola.

I nuclei monogenitoriali sono il 6,3% delle famiglie, una tipologia familiare in aumento, formata per più di due terzi da madri sole con figli. Si tratta per lo più di vedove che vivono con figli adulti (poco più della metà di questi nuclei), seguite dalle madri separate di fatto, legalmente o divorziate (quasi il 40%) e dalle madri nubili (9%). Se osserviamo poi l'occupazione delle donne capofamiglia, vediamo che poco più della metà è casalinga o pensionata, il che comporta rischi di povertà economica e relazionale.

Come altrove in Italia, anche in Emilia-Romagna i giovani restano a lungo nella famiglia di origine, anche se questo fenomeno pare più accentuato per gli uomini che per le donne: nel 1991 il 55% degli uomini e il 38% delle donne tra i 25 e i 29 anni viveva con la famiglia d'origine, con punte fino al 67-68% per i maschi in città capoluogo come Ferrara e Ravenna e, nelle stesse città, il 55% delle femmine. Nello stesso tempo l'aumento delle persone che vivono da sole nelle città capoluogo denota una maggiore propensione all'uscita dalla famiglia d'origine senza il matrimonio.

Si è innalzata l'età media del primo matrimonio, soprattutto nella cultura urbana, arrivando intorno ai 30 anni per gli uomini e 27 per le donne. Un'altra caratteristica interessante della nostra regione è anche la quota di figli che dopo il matrimonio restano nel Comune dei genitori, che raggiunge il 74%, dato inferiore a Toscana, Marche e Umbria, ma superiore a Piemonte e Lombardia. Ciononostante, non per tutti la frequentazione è intensa, come emerge dall'indagine multiscopo sulle famiglie.

Per quanto riguarda poi le separazioni e i divorzi, è interessante notare che se per numero di separazioni l'Emilia-Romagna è la sesta regione in Italia, è invece la terza per numero di divorzi. Rilevanti sono anche i dati sull'occupazione: l'Emilia-Romagna è la regione italiana con la quota più alta di occupati (43,6%) e la quota più bassa di casalinghe (9,1%). Con un tasso di occupazione femminile del 60% nella popolazione di età compresa tra i 35 e i 55 anni, l'Emilia-Romagna è in testa a tutte le regioni italiane.

La donna emiliano-romagnola è stata definita da più autori la tipica donna della doppia presenza, tra lavoro retribuito e lavoro per la famiglia. Nonostante il tasso di occupazione più alto d'Italia, dai dati dell'indagine multiscopo emerge che il lavoro

domestico resta ancora sulle spalle della donna, senza differenze rilevanti tra la situazione media nazionale e quella regionale, il che dimostra la permanenza di modelli culturali tradizionali nella divisione dei ruoli all'interno della famiglia. Il carico aumenta con la presenza di figli in età prescolare e ciò conferma che il lavoro di cura è ancora affidato in larga parte alle donne.

In Emilia-Romagna le donne dunque fanno pochi figli (un solo figlio) e vivono a lungo, ma non solo: lavorano di più, si sposano di meno, divorziano di più e vivono più spesso sole che altrove in Italia.

Cambiano le tipologie familiari, si restringono e si modificano le reti parentali, e cambieranno anche i rapporti di solidarietà tra generazioni e la disponibilità all'aiuto: in una società con pochi giovani e molti anziani aumenteranno i bisogni di assistenza e di cura non affrontabili dalle famiglie con le loro risorse, sia economiche che umane. Possiamo dunque ipotizzare la crescita del numero di donne che dovranno affrontare da sole alcuni periodi della vita, ovvero l'uscita di casa senza il matrimonio, la separazione e il divorzio, la vedovanza. Troveremo dunque donne *caregiver*, centro e mediazione del lavoro di cura, ma anche più donne sole, con problemi di salute e probabilmente più vulnerabili in alcune fasi della vita.

## 1.2. Il lavoro

Sta crescendo l'attenzione per la salute occupazionale delle donne, poiché la semplice estrapolazione ad esse dei dati ottenuti da studi su lavoratori maschi viene giudicata sempre meno adeguata, a causa delle possibili differenze di esposizione nonché della verosimile esistenza di risposte genere-specifiche. Oltre a ciò sono in aumento gli studi sugli effetti riproduttivi di fattori di rischio fisico, chimico e di quelli usualmente definiti come *ergonomic stressor* (lavoro pesante, prolungata stazione eretta, orari prolungati, ecc.).

Gli indicatori di salute occupazionale più frequentemente utilizzati sono i seguenti.

- Infortuni: a parità di esposizione non risultano differenze significative di genere. Nei fatti, le occupazioni a maggior rischio di infortunio (edilizia, trasporti, legno, metallurgia) sono tipicamente maschili. L'unica eccezione è rappresentata dal lavoro nei servizi sanitari, nei quali è preminente l'occupazione femminile soprattutto tra le infermiere e il personale ausiliario, per le quali è presente un significativo rischio biologico.

- Malattie professionali (malattie i cui determinanti sono costituiti in modo esclusivo o preponderante da fattori occupazionali: es. silicosi, asbestosi, saturnismo ecc.): vale la stessa osservazione fatta per gli infortuni.
- Malattie correlate con il lavoro (malattie a genesi polifattoriale, che riconoscono tra i fattori eziologici anche esposizioni professionali).
  - Tra quelle di maggior interesse per frequenza o gravità occorre citare quelle a carico dell'apparato muscolo-scheletrico. La frequenza tra le donne che svolgono lavori manuali è assai elevata, a causa sia di una verosimile maggiore suscettibilità femminile rispetto ai maschi a parità di compito svolto, sia di una elevata frequenza di donne tra i lavoratori che effettuano alcuni lavori a rischio. Esempi:
    - a) patologia del rachide tra infermiere professionali e OTA di strutture sanitarie e, ancor più, di strutture assistenziali per anziani, o tra le addette all'assistenza domiciliare, a causa della necessità di movimentare frequentemente i soggetti assistiti, sempre più anziani e meno autosufficienti, nonché dell'ormai acquisita impossibilità per il personale femminile di accedere a pensionamenti precoci, a cui ricorreva spesso nel passato anche per cause di salute, o dell'accresciuta difficoltà a essere riciclato su mansioni più leggere. Una recente indagine multicentrica italiana relativa a personale ospedaliero e di RSA ha evidenziato tra 1.322 operatrici ospedaliere e 1.464 addette all'assistenza geriatrica una frequenza di disturbi lombo-sacrali pari al 21,1% tra le prime e al 27,1 tra le seconde, nettamente superiore alla prevalenza di disturbi tra i colleghi maschi (le necessità e le modalità di prevenzione della patologia del rachide sono formalmente previste dal D.Lgs 626/1994).

<i>Obiettivi</i>	<i>Azioni</i>
Riduzione della frequenza di patologia tra le operatrici ospedaliere e tra le addette all'assistenza geriatrica	(Da ricordare con quelle previste nell'analogo capitolo del Rapporto tecnico "Infortuni sul lavoro") Progettazione congrua delle strutture sanitarie nuove o ristrutturata; messa a disposizione di ausili maggiori e minori per la movimentazione degli assistiti; formazione del personale al loro uso corretto; istituzione di una sorveglianza sanitaria mirata del personale addetto alla movimentazione dei pazienti

b) patologia dell'arto superiore da sovraccarico biomeccanico (sindrome del tunnel carpale, epicondiliti, patologia della spalla, ecc.) nel personale che svolge mansioni caratterizzate da movimenti frequenti dell'arto, che interessano gli stessi gruppi muscolari: nelle addette a lavori fini di montaggio, di confezionamento, di scelta. A questo proposito è disponibile una vasta letteratura internazionale che indaga diversi comparti produttivi. Un numero monografico di *Medicina del Lavoro* (vol. 87 n. 6, 1996) raccoglie una serie di studi italiani sul tema, dai quali numerose mansioni risultano ad elevato rischio: lavoro come cassiere di supermercato, carteggiatura manuale del legno, confezionamento della frutta e delle carni, montaggio di sedili per auto e di passeggini, scelta manuale di piastrelle o rifinitura manuale di ceramiche artistiche. Nella maggioranza dei casi si tratta di mansioni svolte pressoché esclusivamente da donne, che dopo periodi di lavoro anche limitati, in relazione all'intensità del rischio, iniziano a presentare una sintomatologia dolorosa acuta o subacuta a carico del distretto articolare più abusato; tali sintomi evolvono in tempi variabili verso la cronicizzazione. A differenza della patologia rachidea, per la cui prevenzione esiste una normativa precisa, questo tipo di rischio non è esplicitamente normato da alcuna disposizione di legge.

<i>Obiettivi</i>	<i>Azioni</i>
Accrescere la conoscenza dei rapporti tra lavoro e patologia presso il personale sanitario (medici competenti, specialisti ortopedici e fisiatristi) al fine di una corretta individuazione di interventi preventivi o terapeutici da assumere sul singolo soggetto; accrescere tale conoscenza tra i soggetti impegnati nella prevenzione nei luoghi di lavoro al fine di una corretta individuazione di interventi di prevenzione di tipo strutturale o organizzativo	Informazione differenziata secondo il <i>target</i> ; interventi "esemplari" di prevenzione in aziende pilota, da diffondere successivamente all'intero comparto produttivo in ambito regionale; istituzione di una sorveglianza sanitaria mirata del personale potenzialmente esposto al rischio

- I tumori professionali. Su questi ultimi la ricerca di genere è stata avviata solo recentemente; l'interesse maggiore è per i tumori della mammella e ginecologici, per i quali si sottolinea la necessità di una ricerca mirata anche all'esplorazione delle esposizioni professionali ed ambientali, con particolare riferimento ai solventi organici e ai pesticidi, per i quali esistono alcune evidenze sperimentali e segnalazioni epidemiologiche.

- La salute riproduttiva. Numerosi studi sperimentali ed epidemiologici documentano un eccesso di fenomeni avversi per la gravidanza (aborti spontanei, nati morti, sottopeso, pre-termine, malformazioni cgt., ipertensione materna) in relazione ad esposizioni a fattori di rischio chimico (solventi, metalli pesanti ad esempio), fisico (radiazioni ionizzanti, vibrazioni a tutto il corpo, mentre appare ancora incerto il ruolo dei campi elettromagnetici), *ergonomic stressor* (elevato carico di lavoro, stazione eretta prolungata, sollevamento di pesi, posture scorrette). Inoltre, da circa una decina di anni è cresciuto l'interesse per la patologia della fertilità associata al lavoro ed è stato introdotto un nuovo più sensibile indicatore di alterazioni delle funzioni riproduttive: la misura del *time to pregnancy - TTP*. Oltre agli studi *ad hoc*, non esiste tuttavia in regione un sistema di sorveglianza epidemiologica dei fenomeni avversi che si ponga l'obiettivo di monitorare l'andamento del fenomeno (con l'eccezione, per altro di ottimo livello, del Registro IMER per le malformazioni cgt.) e di acquisire informazioni su alcuni fattori di rischio (dati anagrafici, stile di vita, tipo di occupazione) per esplorare possibili correlazioni. A proposito di salute riproduttiva, occorre anche ricordare che la legislazione italiana è tra quelle più avanzate per la tutela della lavoratrice gravida (Legge 1204/1971).

<i>Obiettivi</i>	<i>Azioni</i>
Monitorare i fenomeni avversi della gravidanza, comprendendo in ciò anche la mancata o ritardata fertilità, e includendo tra i possibili fattori di rischio da esplorare anche la tipologia di attività lavorativa	<p>Individuare alcuni punti di osservazione dei fenomeni avversi alla gravidanza (parto pre-termine, post-termine, aborto) presso ospedali di particolare rilevanza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• S. Orsola (Bologna)</li> <li>• Ferrara</li> <li>• Modena</li> <li>• Parma</li> <li>• Reggio Emilia</li> </ul>

### 1.3. Sicurezza in casa

Gli infortuni in ambiente domestico (ID) rappresentano un importante problema di sanità pubblica. Si stima che in Europa circa 45 persone su 1.000 abbiano ogni anno almeno un infortunio in ambiente domestico o nel tempo libero, vale a dire una quota circa 10 volte maggiore rispetto agli infortunati stradali (WHO, 1999).

L'OMS ha incluso gli ID nel programma "La salute per tutti per il 21° secolo", ponendo l'obiettivo di ridurre la mortalità e la disabilità per tutti gli infortuni (domestici, del tempo libero e sul lavoro) di almeno il 50% entro l'anno 2020 (WHO, 1999).

Nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 gli infortuni sono inseriti tra le aree di intervento prioritario, e relativamente agli infortuni domestici vengono posti due obiettivi generali:

- il numero degli infortuni domestici dovrà ridursi;
- in particolare, dovrà diminuire l'entità del fenomeno nelle categorie più a rischio.

Diversi fattori intervengono nella determinazione del rischio e soprattutto della gravità dell'evento. Tra i più evidenti emergono l'età e l'attività svolta in casa.

Le categorie più a rischio e che richiedono quindi maggiore tutela in ambiente domestico sono, come ovvio, quelle che trascorrono la maggior parte del tempo all'interno o nelle immediate adiacenze dell'abitazione, quindi le casalinghe, i lavoratori e le lavoratrici che svolgono la loro attività a casa o lavori a domicilio, i bambini, gli anziani, i portatori di gravi malattie croniche.

Gli incidenti maschili e femminili si differenziano chiaramente in funzione dei ruoli svolti nella famiglia: le donne subiscono il doppio degli incidenti rispetto agli uomini e si tratta di incidenti legati in molti casi alle attività domestiche o di cucina.

Gran parte della responsabilità degli incidenti domestici è però dovuta al disagio di abitare in spazi inadeguati. Le dimensioni ridotte e l'organizzazione dei diversi ambienti rendono le case più simili a contenitori di funzioni e comportamenti prestabiliti, che a spazi in cui attività e relazioni possano svolgersi liberamente, con naturalezza e tranquillità. A ciò va aggiunto che le nostre case sono sempre più insicure perché ospitano un numero crescente di elettrodomestici, impianti e accessori funzionali alle nuove abitudini di vita e potenzialmente pericolosi, prodotti per l'igiene, piccoli attrezzi, farmaci, ecc.

### ***1.3.1. I dati sulla frequenza degli incidenti domestici***

I dati sulla frequenza degli ID sono potenzialmente derivabili da diverse fonti (mortalità, accessi in Pronto Soccorso - PS, ricoveri ospedalieri, *survey*). Tuttavia, il quadro descrittivo che ne risulta è piuttosto frammentario in quanto sovente basato su informazioni imprecise.

È stato correttamente evidenziato (IRSES, 1992) che il termine domestico rappresenta spesso non tanto un parametro classificatorio quanto piuttosto una generica categoria residuale (quello che non è incidente sul lavoro o stradale o sportivo ...), e che i dati disponibili non permettono di precisare quanta di questa incidentalità domestica è in effetti tale (e in questo caso di capire a che cosa è dovuta: difetti di costruzione o di manutenzione, fatalità, disattenzione, ecc.), quanta è invece una incidentalità sul lavoro nero e quanta, infine, è in realtà frutto di violenza (che viene fatta passare per disgrazia al momento dell'accettazione al Pronto Soccorso).

Dalle statistiche correnti di mortalità (attualmente disponibili a livello nazionale solo fino al 1994) non è possibile isolare in maniera precisa, dal complesso dei dati sui decessi riferibili a cause accidentali, quelli pertinenti all'incidentalità domestica. Solo a partire dal 1997 è infatti prevista la presenza di un codice per l'indicazione del luogo in cui l'incidente è avvenuto. Per queste ragioni, i dati disponibili in letteratura devono comunque essere interpretati con cautela.

Nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 sono riportati i tassi di mortalità nel 1993 per incidenti non stradali (inclusivi quindi anche degli infortuni che si verificano al di fuori degli ambienti domestici, come ad esempio quelli sul lavoro), e si fa notare come "si stima che circa la metà degli incidenti avvenga in casa o nelle pertinenze". Il Ministero della sanità riporta per il 1992 in Italia circa 8.000 decessi per cadute in ambiente domestico, pari ad un tasso medio di 13,7 decessi per 100.000 residenti, con un numero di decessi superiore nel sesso femminile (10,3 nei maschi rispetto a 16,9 nelle femmine) (Ministero della sanità, 1996). Confrontando i tassi di mortalità osservati nel 1988 rispetto al 1992, si osserva una generale tendenza all'aumento (*Tabella 1*).

I tassi più elevati (111,6 decessi ogni 100.000 residenti/anno) si riscontrano tra gli anziani (70 e più anni), e tra questi, nelle donne si osserva la mortalità più elevata, pari a 127,8 decessi ogni 100.000 residenti/anno. Pur con tutte le cautele già espresse, va quindi evidenziato come gli infortuni domestici dovuti a caduta causino un numero di morti solo di poco inferiore a quello degli incidenti stradali (in media, sempre nel 1992, 16,6 decessi per 100.000 residenti) (Ministero della sanità, 1996).

Tabella 1. Tassi di mortalità (per 100.000 residenti) da incidenti domestici (cadute accidentali)

Regione	Anno		
	1988	1992	Diff. %
Piemonte	17,73	18,66	5,25
Valle d' Aosta	13,22	11,15	- 15,66
Liguria	20,79	22,97	10,49
Lombardia	12,06	12,55	4,06
Trentino Alto Adige	13,87	13,20	- 4,83
Veneto	10,26	11,17	8,87
Friuli Venezia Giulia	18,44	20,49	11,12
Emilia-Romagna	11,56	10,88	- 5,88
Marche	13,81	16,42	18,90
Toscana	19,21	17,80	- 7,34
Umbria	13,86	16,60	19,77
Lazio	14,35	15,64	8,99
Campania	7,55	9,29	23,05
Abruzzo	15,19	15,41	1,45
Molise	15,45	19,33	25,11
Puglia	7,96	11,11	39,57
Basilicata	11,95	13,75	15,06
Calabria	10,22	11,49	12,43
Sicilia	10,66	11,84	11,07
Sardegna	13,05	14,48	10,96
Nord	13,61	14,17	4,11
Centro	15,83	16,51	4,30
Sud	9,82	11,57	17,82
ITALIA	12,66	13,68	8,06

L'analisi del fenomeno attraverso i dati di mortalità peraltro rende conto soltanto parzialmente del fenomeno, rappresentando solo la punta dell'*iceberg*, in quanto, fortunatamente, l'incidente domestico conduce a morte solo in una piccola percentuale di casi.

Più interessanti quindi per descrivere il fenomeno sono i dati desumibili dai registri delle accettazioni in Pronto Soccorso. Tuttavia, anche questa fonte informativa presenta seri problemi: l'accessibilità, certamente a livello nazionale ma spesso anche locale, è assai problematica; la qualità dei dati contenuti è spesso dubbia; l'omogeneità dei protocolli di rilevazione sul territorio nazionale da verificare. Va inoltre ricordato che il ricorso al PS per ID è abbastanza differenziato a seconda delle fasce di età: infatti, mentre le persone adulte si recano al Pronto Soccorso solo per incidenti molto gravi, i bambini, al contrario, per ovvie e comprensibili ragioni sono quasi sempre accompagnati al PS anche per lievi incidenti.

Questi registri sono stati utilizzati fino ad ora per diverse indagini epidemiologiche che ne hanno evidenziato le notevoli capacità informative. Solo per citarne due, il progetto SISI (Taggi e Fondi, 1993) e il progetto EHLASS (Ministero della sanità, 1999).

- Il progetto SISI (Studio italiano sugli incidenti) è un programma prototipale promosso dal Ministero della sanità, proposto e coordinato per gli aspetti scientifici dall'Istituto superiore di sanità (ISS) e svolto in collaborazione con le regioni Liguria, Marche e Molise. Nell'ambito del progetto è stata effettuata una rilevazione campionaria relativa agli arrivi in un campione di 11 Centri di PS in Liguria e nelle Marche. La casistica è peraltro ancora in fase di studio; in particolare, i dati devono ancora essere riferiti alla popolazione, cioè essere trasformati in tassi di incidenza.
- La Comunità europea ha promosso e sostenuto un sistema per la sorveglianza degli ID e del tempo libero denominato EHLASS (Ministero della sanità, 1999). L'istituzione di tale sistema comunitario di informazione ha rappresentato uno degli elementi della politica di tutela del consumatore e di prevenzione degli incidenti, al fine di adottare misure in materia di sicurezza dei prodotti. La raccolta dei dati necessari per la sorveglianza dei prodotti implicati negli incidenti è stata possibile presso i PS degli ospedali che garantissero uguali gradi di affidabilità dei dati. I livelli di indagine riguardano la distribuzione degli infortuni domestici e del tempo libero rispetto a:
  - età,
  - sesso,
  - attività,
  - modalità dell'evento,
  - circostanze,
  - luogo dell'accaduto.

In Italia, l'autorità responsabile della raccolta e della trasmissione dei dati è il Ministero dell'industria, commercio e artigianato. Il Ministero della sanità ha supportato tale azione individuando sul territorio nazionale gli ospedali, secondo i contenuti del progetto e le caratteristiche richieste per la partecipazione e la selezione. Gli ospedali partecipanti sono stati cinque situati in Friuli, Veneto, Lazio, Umbria e Puglia. Il progetto pilota è ormai scaduto, ma la Commissione europea si è dichiarata favorevole ad un proseguimento del sistema, seppure in forma ristrutturata nel quadro del programma sulle lesioni personali. Il Ministero della sanità ha recentemente dichiarato che si assumerà la responsabilità del sistema di sorveglianza epidemiologica mediante la raccolta e lo scambio di informazioni sulle lesioni, basato sul rafforzamento e miglioramento dei risultati del precedente sistema EHLASS.

Sulla base di questi studi, stime nazionali fornite dal Ministero della sanità sugli accessi in PS indicano che ogni anno si verificano in Italia 3.500.000 arrivi in PS per infortuni non stradali, a cui corrispondono circa 420.000 ricoveri. Circa la metà di questi eventi si verificherebbe nell'abitazione o nelle pertinenze della stessa (Ministero della sanità, 1996).

Uno studio condotto nel 1988 nel territorio della ex-USL 39 dell'Emilia-Romagna sugli accessi in PS per incidenti nei bambini di età 0-14 anni ha stimato una incidenza di accessi per infortunio pari a 164 per 1.000 bambini/anno (IC95%: 163,28 - 165); nella metà dei casi la causa dell'infortunio era la caduta accidentale (Pieri *et al.*, 1992).

Utile informazioni potrebbero inoltre provenire dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO); anche in questo caso tuttavia la completezza e la qualità della compilazione sono da verificare. Dati della regione Toscana indicano che gli infortuni domestici rappresentano la seconda causa di ricovero per infortunio, dopo quelli stradali (Regione Toscana, 1998).

La dimensione complessiva del fenomeno infortunistico viene meglio colta analizzando i dati forniti da indagini campionarie (*survey*) di popolazione, in particolare dalle indagini nazionali dell'ISTAT sulle famiglie (multiscopo). L'indagine multiscopo dell'ISTAT del 1987-1991 ha rilevato gli aspetti principali relativi agli incidenti occorsi in ambito domestico in un anno (precisamente nel 1988 e nel 1990), con esclusione di quelli che hanno provocato il decesso.

Nel 1990, in Italia le persone coinvolte in almeno un incidente domestico sono state circa 2.554.000, e di queste oltre il 15% ne ha subito più di uno, per un totale di 3.301.000 incidenti e una media di 1,3 incidenti per persona. Complessivamente 45 persone ogni 1.000 in Italia hanno sperimentato tale situazione nell'arco di un anno. Due terzi di tutti gli incidenti accaduti hanno riguardato le donne, e due terzi degli infortunati sono state donne.

La Tabella 2 mostra, per la Regione Emilia-Romagna e per l'Italia, relativamente alla rilevazione del 1990, il numero di incidenti verificatisi, il numero di persone infortunate, i quozienti standardizzati (per sesso ed età) e il numero medio di incidenti per persona.

Tabella 2. Incidenti in ambiente domestico ed infortunati nella Regione Emilia-Romagna e in Italia (dati assoluti, quozienti standardizzati e numero medio di incidenti per persona infortunata), ISTAT 1994

<i>Territorio</i>	<i>Incidenti</i>	<i>Persone infortunate</i>	<i>Quozienti standardizzati (per 1.000 persone)</i>	<i>Numero medio di incidenti</i>
Emilia-Romagna	208.000	170.000	42,1	1,22
Italia	3.301.000	2.554.000	44,7	1,29

Dall'indagine multiscopo si evince anche che, sul complesso delle persone infortunate in ambiente domestico nel 1990 in Emilia-Romagna, nel 63,3% dei casi (circa 107.000 persone) si è dovuto ricorrere a cure mediche, nel 45% (circa 76.500 persone) ad una visita presso il Pronto Soccorso e nel 9% (circa 15.300 persone) ad un ricovero ospedaliero.

È inoltre attualmente in corso l'analisi di una indagine campionaria sugli incidenti domestici in età pediatrica condotta dal Laboratorio di epidemiologia e biostatistica dell'ISS in collaborazione con quattro centri regionali (Umbria, Marche, Calabria e Friuli), effettuata attraverso la somministrazione di questionari alle famiglie.

<i>Obiettivi</i>	<i>Azioni</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promuovere una più precisa conoscenza del fenomeno</li> <li>• Promuovere la conoscenza del fenomeno nella regione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flussi correnti (mortalità e SDO) Verificare la completezza e correttezza della compilazione delle schede SDO, per derivare una distribuzione del fenomeno almeno rispetto all'età e al sesso (es. si potrebbe valutare in quante SDO sui ricoveri di anziani per frattura del femore è stato compilato il campo che identifica il luogo in cui l'incidente è avvenuto)</li> <li>• Accessi in Pronto Soccorso Attivare studi sugli accessi in Pronto Soccorso utilizzando metodologie analoghe a quelle già usate in precedenti studi, ovvero si potrebbe valutare l'opportunità di aderire a progetti nazionali già in corso</li> <li>• <i>Survey</i> di popolazione Promuovere indagini campionarie su determinate categorie di soggetti più a rischio (ad esempio i bambini), sempre utilizzando metodologie analoghe a quelle già usate in precedenti studi al fine di garantire la confrontabilità</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promuovere una cultura della sicurezza che faccia scegliere "la soluzione sicura" rispetto alla "soluzione di moda"</li> </ul>	<p>Campagna per la prevenzione finalizzata a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fornire informazioni e consigli utili per vivere meglio e con meno rischio nella propria casa</li> <li>• promuovere l'abitudine a scelte comportamentali che favoriscano un rapporto positivo e sicuro con la casa e con gli arredi, tale da ridurre al minimo il rischio di infortuni domestici</li> </ul>

*Target (del riquadro):* in particolare casalinghe che, oltre a costituire una delle tipologie a maggior rischio, svolgendo la funzione di *caregiver* hanno spesso la responsabilità delle altre categorie vulnerabili: gli anziani, i bambini e i ragazzi in età scolare. Nel corso del convegno sugli infortuni domestici tenutosi a Roma nel settembre 1999, è stato presentato un nuovo strumento di educazione alla salute (videoregistrazione) sul tema degli ID indirizzato ai ragazzi in età scolare, prodotto in collaborazione fra IPSL e ISS. Questo strumento verrà sperimentato a breve in alcune scuole che si candideranno su base volontaria; al momento tuttavia non esiste un progetto complessivo di valutazione di efficacia di questo strumento. La Regione Emilia-Romagna potrebbe proporsi per collaborare al progetto e per la sperimentazione in un campione di scuole.

## 1.4. Stili di vita

### 1.4.1. Fumo

È ormai universalmente noto che l'abitudine al fumo di tabacco è associata con un alto rischio di neoplasie (Rapporto tecnico su "Neoplasie").

Una riduzione percentuale, anche se modesta, dei fumatori determinerebbe effetti importanti in termini di riduzione del numero di nuovi casi di neoplasia nella popolazione.

Dai dati di seguito elencati, a fronte di una riduzione percentuale dei fumatori maschi si evidenzia un aumento delle fumatrici femmine.

#### *Dati nazionali*

Negli ultimi 15 anni, a livello nazionale, i fumatori sono calati dal 35% al 26%.

La prevalenza di fumatori maschi è passata dal 54% al 35%. La percentuale di fumatrici durante lo stesso periodo è rimasta invece stabile (17-18%).

#### *Dati regionali*

Nella regione Emilia-Romagna la percentuale complessiva di fumatori non si discosta dalla media nazionale (26% circa), mentre vi sono differenze tra i due sessi: i maschi che hanno l'abitudine al fumo sono meno della media nazionale (33%), le femmine sono in percentuale maggiore (20%).

I fumatori in Emilia-Romagna sono 907.000: in prima posizione Ferrara con la percentuale del 32,8%, all'ultimo posto Piacenza con il 22,6%. La maggiore incidenza di fumatori si trova nella classe di età compresa tra i 35-44 anni. La maggior parte dei fumatori (43,5%) fuma una quantità di sigarette compresa fra le 11-20/*die*.

Tra i giovani della classe 18-19 anni si registra una percentuale di maschi fumatori del 35%, mentre le femmine sono il 12%. Nella classe di età successiva (20-24 anni) le femmine fumatrici aumentano più del doppio (25%), raggiungendo il picco nella classe 35-44 anni: l'abitudine femminile quindi sembra iniziare un po' più tardi che nei maschi, ma ha il suo massimo incremento nell'età fertile con gravi rischi in rapporto alla maternità.

La mortalità associata al fumo in Emilia-Romagna (per tumore polmonare, BPCO, patologia cardiovascolare) è stimata in circa 4.500 decessi/anno.

La riduzione della prevalenza dell'abitudine al fumo rappresenta quindi un obiettivo di grande rilevanza, tanto più se si considera l'andamento del fenomeno sul *target* donna.

Nel richiamare l'importanza a tale proposito del Progetto regionale tabagismo (Deliberazione della Giunta regionale del 26 maggio 1999 n. 785), si indicano di seguito le azioni specifiche sul *target* donna.

<i>Strategie ed azioni</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Prevenzione ed educazione alla salute:<ul style="list-style-type: none"><li>- nelle scuole</li><li>- nelle farmacie</li><li>- nei consultori familiari</li><li>- negli ambulatori dei medici di medicina generale</li><li>- negli ambulatori ginecologici</li><li>- nei percorsi nascita</li><li>- nei luoghi di lavoro e di aggregazione (es. parrucchiera)</li><li>- nelle palestre e nei luoghi del benessere</li></ul></li><li>• Istituzione dei centri di disassuefazione</li><li>• Promozione di alleanze con sindacati, associazioni (femminili in particolare), ordini e collegi professionali, farmacie, mondo sportivo e del benessere</li></ul>

#### **1.4.2. Alcool**

Dai dati in possesso (utenza che si rivolge ai servizi delle Aziende sanitarie), sull'abuso di alcool nella regione Emilia-Romagna, confrontando la tendenza negli anni 1994-1997 si rileva un aumento delle donne alcolodipendenti. Appare pertanto necessaria una attenzione specifica al fenomeno, di tipo preventivo ed informativo.

<i>Strategie ed azioni</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Prevenzione - educazione nelle scuole</li><li>• Informazioni sull'accesso ai servizi</li><li>• Informazioni sulle associazioni di auto-aiuto; collaborazione e sostegno alle medesime</li></ul>

Tabella 3. Utenza alcol dipendente per sesso e Azienda USL. Anni 1996-1998

<i>Azienda USL</i>	<b>1996</b>			<b>1997</b>			<b>1998</b>		
	<i>maschi</i>	<i>femmine</i>	<i>totale</i>	<i>maschi</i>	<i>femmine</i>	<i>totale</i>	<i>maschi</i>	<i>femmine</i>	<i>totale</i>
Piacenza	203	55	258	273	73	346	276	79	355
Parma	71	32	103	110	25	135	174	46	220
Reggio Emilia	250	55	305	216	39	255	229	48	277
Modena	83	43	126	135	54	189	166	61	227
Bologna Sud	45	6	51	61	15	76	69	23	92
Imola	46	14	60	40	14	54	56	22	78
Bologna Nord	81	25	106	105	33	138	145	41	186
Bologna Città	38	7	45	19	6	25	34	11	45
Ferrara	62	17	79	64	25	89	64	22	86
Ravenna	156	62	218	171	85	256	183	77	260
Forlì	33	12	45	37	23	60	49	33	82
Cesena	98	20	118	73	30	103	83	30	113
Rimini	40	13	53	44	18	62	111	34	145
<b>Totale</b>	<b>1.206</b>	<b>361</b>	<b>1.567</b>	<b>1.348</b>	<b>420</b>	<b>1.768</b>	<b>1.639</b>	<b>527</b>	<b>2.166</b>

## 2. AREA DEL DISAGIO

### 2.1. Abuso e maltrattamento

Considerare la violenza contro le donne come un problema di salute pubblica trova la sua giustificazione nelle caratteristiche peculiari del fenomeno stesso:

- alta incidenza e prevalenza in tutto il ciclo vitale della donna, in tutti gli strati socio-economici e in tutte le culture,
- gravità delle conseguenze psicofisiche sia a breve sia a lungo termine.

Le forme della violenza sono diverse: l'aborto e l'infanticidio selettivi, gli stupri, le molestie sessuali, la violenza domestica, le mutilazioni genitali e la prostituzione coatta sono solo alcuni esempi.

Anche se la violenza di genere è una causa importante di morbidità e mortalità, di solito non è considerata come un problema di salute pubblica. La ricerca della Banca mondiale (1994) stima che la violenza domestica sia responsabile della perdita di uno su cinque giorni lavorativi delle donne in età riproduttiva.

Il sistema socio-sanitario ha un ruolo privilegiato nel riconoscimento della donna che subisce violenza e nel suo invio a una struttura che la possa accogliere adeguatamente. Le donne che subiscono violenza interagiscono con le operatrici/tori del sistema socio-sanitario in alcuni momenti nel corso della vita: ricerca di metodi anticoncezionali, controllo della gravidanza, assistenza nel parto, cure per le/i loro bambine/i, malattie acute e croniche. L'esperienza all'estero ha dimostrato che questo contatto con i servizi è molto importante per la donna che subisce violenza in quanto può rappresentare un primo passo verso un cambiamento della sua situazione.

Le donne che non possono o non vogliono cercare aiuto nelle forze dell'ordine o in altre istituzioni possono ammettere la presenza di violenza nelle loro vite se una operatrice/tore socio-sanitario interagisce con loro in un ambiente accogliente, sicuro e in privato. Diversamente da quanto atteso, le ricerche condotte in questo ambito hanno evidenziato che le donne ammettono la situazione di violenza subita se ricevono domande dirette e non giudicanti.

### 2.1.1. Situazione epidemiologica

Nella letteratura l'aggettivo "sommerso" è sempre associato al fenomeno, ad indicare appunto come la sua reale diffusione nel mondo sia ancora lontana dall'essere stimata.

I dati attualmente disponibili provengono per lo più da ricerche condotte nei paesi occidentali industrializzati.

*USA* Almeno 1,8 milioni di donne vengono picchiate ogni anno negli USA (Straus e Gelles, 1980).

Su un campione di 2.143 coppie sposate o conviventi il 28% riferisce almeno un episodio di violenza fisica (Straus e Gelles, 1986). La prevalenza del maltrattamento durante la gravidanza varia dall'1 al 17% (Campbell *et al.*, 1992).

*Canada* Su un campione di 12.300 donne, il 28% riferisce episodi di violenza, di cui il 20% durante la gravidanza.

Una donna su 4 riferisce di aver subito violenza dal *partner* attuale o precedente (Statistica Canada, 1990).

*Olanda* Su un campione di 1.016 donne tra i 20 e i 60 anni, il 20,8% ha subito violenze fisiche all'interno di relazioni eterosessuali (Romkens, 1989).

*Inghilterra* Una donna su 10 riferisce di aver subito qualche forma di violenza fisica all'interno di rapporti di coppia (Mirrlees-Black, 1995).

Per quanto riguarda l'Italia, non esistono ricerche di livello nazionale sulla violenza domestica; disponiamo invece di dati nazionali su violenze e molestie sessuali, e di dati locali sulla violenza domestica.

La ricerca su violenze e molestie sessuali realizzata dall'ISTAT nel 1998 comprende un'ampia gamma di forme di aggressione sessuale contro le donne: dalle molestie agli atti di esibizionismo, ai ricatti sessuali sul lavoro fino alla violenza, tentata o consumata. È una ricerca di grande rilievo perché fornisce dati raccolti su un campione rappresentativo della popolazione nazionale.

Da questa ricerca emerge che oltre la metà del campione ha subito almeno un tipo di molestia sessuale nella sua vita, e che circa 4 donne su cento hanno subito uno stupro tentato e/o consumato.

In Emilia-Romagna si riscontra la percentuale più alta di donne che hanno subito almeno una forma di aggressione fisica o di violenza (59,7%), e il 5,5% ha subito uno stupro tentato e/o consumato.

Per quanto riguarda la violenza domestica, disponiamo dei dati raccolti dalle Case e dai Centri antiviolenza della regione Emilia-Romagna, che hanno il limite di essere riferiti non ad un campione rappresentativo di popolazione, ma ad un gruppo autoselezionato costituito appunto dalle donne che vi si sono rivolte. In totale nel solo 1997, si sono rivolte ai Centri denunciando problemi di violenza 1.422 donne, che nell'88% dei casi hanno subito forme diverse di violenza domestica, principalmente ad opera del *partner* o *ex partner*. Tra queste, 125 si sono rivolte ad un Pronto Soccorso, 59 a psicologhe, 41 a psichiatri e 29 a medici di base. Le donne che hanno problemi di violenza in regione sono sicuramente molte di più e potrebbero anche presentare caratteristiche diverse.

Le conseguenze della violenza sulla salute delle donne sono state messe in risalto inizialmente da psicologi e psichiatri, che notavano una relazione tra i disturbi delle loro pazienti e le violenze, soprattutto sessuali, subite da queste durante l'infanzia. Successivamente, la stessa osservazione è stata fatta da urologi, ginecologi e gastroenterologi. L'OMS ha finanziato una ricerca, tuttora in corso, per studiare in tutti i continenti e in diverse culture gli effetti sanitari che le varie forme di violenza producono sulle donne. L'Italia è stata scelta quale paese campione per l'Europa. Numerosi studi epidemiologici, e i primi risultati della ricerca dell'OMS, hanno messo in evidenza la stretta relazione tra stato di salute e violenza subita; in particolare si è dimostrata una più frequente associazione tra violenza e sintomi gastrointestinali.

In Italia una ricerca specifica ha rilevato su pazienti con disturbi cronici gastrointestinali una prevalenza di violenza del 25%. Inoltre, nel gruppo di donne oggetto della ricerca si registra una tendenza a manifestare più sintomi se la violenza è stata perpetrata durante l'infanzia. I risultati clinici indicano la necessità di poter rilevare la violenza subita, soprattutto per i bambini, attraverso segni indiretti fisici e comportamentali, e pertanto "ne deriva la necessità di informare ed insegnare ai medici specialisti, ma soprattutto ai medici di base, a riconoscere i segni indiretti di una violenza subita".

Tale necessità è stata evidenziata da una ricerca su medici di base, di Pronto Soccorso ed altri operatori socio-sanitari di Bologna, da cui risulta che il 60% dei medici di base, il 45% dei medici di Pronto Soccorso, e il 37% degli operatori di poliambulatorio dichiarano di non aver mai incontrato nella loro vita professionale casi di vittime di violenza.

### 2.1.2. *Le risorse*

- Le Case e i Centri antiviolenza in Emilia-Romagna

<i>Città</i>	<i>Casa o Centro antiviolenza</i>
Bologna	Casa delle donne per non subire violenza SOS Donna UDI Gruppo giustizia
Cesena	Associazione Telefono Donna
Faenza	SOS Donna
Ferrara	Telefono donna - Centro donne e giustizia
Forlì	Filo Donna
Imola	Centro donne e giustizia Associazione La cicoria
Modena	Centro donne e giustizia Associazione Gruppo contro la violenza alle donne
Parma	Associazione Centro antiviolenza
Piacenza	Telefono rosa
Ravenna	Gruppo giustizia Linea rosa
Reggio Emilia	Casa delle donne

- Supporto psicoterapico in virtù della collaborazione fra la Casa delle donne per non subire violenza di Bologna e l'Ambulatorio Donne presso la Clinica Psichiatrica II dell'Università degli studi di Bologna.
- Gruppi selezionati di operatrici/tori sensibilizzati al problema (interesse personale e/o corsi di formazione realizzati negli anni scorsi a cura di Centri antiviolenza o anche di enti pubblici).

### 2.1.3. *Individuazione degli obiettivi e delle strategie di intervento*

#### *Obiettivo generale*

L'eliminazione per gradi del fenomeno della violenza contro le donne implica il contemporaneo coinvolgimento di strutture, operatori e programmi in diversi ambiti: politico, educativo, sociale e sanitario.

Una strategia di rete diventa pertanto strumento indispensabile.

Nello specifico dell'ambito socio-sanitario si individuano quali obiettivi prioritari:

<i>Obiettivi</i>	<i>Azioni</i>	<i>Indicatori</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riconoscere la violenza contro la donna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riconoscimento della reale diffusione del fenomeno, che implica la promozione di progetti di ricerca specifici finalizzati all'individuazione della sua incidenza e prevalenza</li> <li>• Riconoscimento del fenomeno come problema di salute pubblica che richiede una formazione specifica delle/ degli operatrici/ tori socio-sanitarie/i</li> <li>• Riconoscimento della gravità delle conseguenze sulla salute psicofisica tramite ulteriori progetti di ricerca all'interno dei servizi socio-sanitari</li> <li>• Riconoscimento delle strutture presenti sul territorio che si occupano del fenomeno, al fine di sviluppare un lavoro coordinato di rete</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N. di iniziative di formazione attivate per operatrici/ tori sanitarie/i</li> <li>• N. di iniziative di formazione attivate dalle/ dagli operatrici/ tori della rete (sanitari, sociale, enti locali, associazioni di volontariato)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementare la ricerca nell'ambito della violenza domestica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sviluppo di ricerche per stabilire, fra tutte le donne che subiscono violenza e che si presentano ai servizi socio-sanitari, in che proporzione si rivolgono ai diversi <i>setting</i> clinici (Pronto Soccorso, consultori familiari, clinica ostetrica, medico di base, ecc.)</li> <li>• Sviluppo di ricerche per tentare di stabilire il profilo descrittivo dei sintomi tipici che presentano le donne che subiscono violenza domestica, nei diversi ambiti clinici (includendo salute mentale, conseguenze ostetriche e ginecologiche)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N. di rapporti provenienti dalle ricerche sul fenomeno realizzate nelle varie Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna</li> </ul>

## 2.2. Disturbi del comportamento alimentare

I disturbi del comportamento alimentare comprendono quattro quadri clinici: l'anoressia nervosa (AN), la bulimia nervosa (BN), il disturbo da alimentazione incontrollata (*Binge Eating Disorder - BED*), i disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati (classificazione secondo l'ICD-10 e il DSM-IV).

I dati epidemiologici indicano un aumento dell'incidenza e della prevalenza di questi quadri clinici nei paesi occidentali industrializzati. In particolare, da dati di carattere generale (Ministero della sanità) emerge che in queste realtà ogni 100 ragazze in età di rischio (fra i 12 e i 25 anni), 8-10 soffrono di qualche disturbo del comportamento alimentare: 1-2 nelle forme più serie e pericolose (AN, BN), le altre con forme più lievi, spesso transitorie, di disturbi parziali subliminali.

L'AN è una malattia soprattutto femminile (90-95% dei casi). L'età di esordio cade per lo più tra i 10 e i 30 anni di età; l'età media per l'insorgenza è 17 anni. La distribuzione di frequenza dell'età di esordio è probabilmente bimodale con due picchi intorno a 14 e 18 anni. Sembra in aumento il numero dei casi di AN e BN che esordiscono dopo i 20 anni; rarissime sono le forme tardive e postmenopausali.

I dati epidemiologici sopra riportati, uniti alla consapevolezza del progressivo aumento percentualmente maggiore nel Nord Italia, porta a considerare il disturbo alimentare come una malattia sociale o perlomeno condizionata da un certo stile di vita. Le radici sociali del crescendo epidemico dell'anoressia e della bulimia possono essere collegate al nucleo di sofferenza di base nella vita di queste ragazze: un profondo senso di inadeguatezza, il sentire un difetto in se stessa con un contemporaneo orientamento verso il raggiungimento di grandi risultati.

Oltre alla frequenza del problema, va considerato anche il suo impatto in costi umani e sociali. Il disturbo condiziona ogni aspetto della vita della persona e di chi le sta vicino (relazioni sociali, attività lavorativa, studio). Questo disagio permane per anni. Gli studi sul decorso indicano che a 10 anni dall'insorgenza di un disturbo della alimentazione, vi è una mortalità del 5-10%. Dopo 20 anni sale al 20%.

La dimensione quali/quantitativa del problema impone un percorso articolato ed integrato di interventi preventivi, di presa in cura, riabilitazione e socializzazione.

Gli interventi di prevenzione nel campo dei disturbi alimentari sono stati oggetto di critica e mancano ad oggi di sistemi di validazione. Il problema sottolineato dai ricercatori si riferisce al fatto che fissare l'attenzione in modo monotematico su tali disturbi potrebbe indurre, soprattutto negli adolescenti, comportamenti patologici.

Nell'ambito della prevenzione primaria dovrebbe essere posta una grande attenzione a supportare i *media* affinché veicolino messaggi positivi sulla nutrizione ed evitino di pubblicizzare lo *slogan* "Magro è bello". Occorre collateralmente promuovere un cambiamento nella connessione patogena fra autostima e aspetto, ed è infine necessario pensare ad una prevenzione specificamente rivolta a gruppi ad alto rischio quali danzatrici, donne sportive, adolescenti diabetiche, ecc.

Vanno favoriti i programmi scolastici sull'alimentazione, potenziando i progetti di educazione alla salute fra i diversi soggetti (scuola, AUSL, associazione dei genitori). I temi non devono essere affrontati solo da un punto di vista tecnico-alimentare (calorie, qualità dei cibi, tipo di conservazione), ma devono riguardare anche le modalità dell'alimentazione, le implicazioni psicologiche ad esse connesse, l'influenza dei *mass media* e della pubblicità, i modelli comportamentali alimentari dei gruppi dei pari, ecc.

A tal fine vanno coinvolti nei programmi informativi di prevenzione primaria i soggetti che maggiormente influenzano gli stili di vita alimentare degli adolescenti e delle famiglie:

- i *mass media* in primo luogo;
- i pediatri e i medici di famiglia quali primi informatori delle famiglie per ciò che concerne il cibo (qualità, quantità, modalità dell'assunzione), e anche i primi a cui ci si rivolge di fronte ad un problema di alimentazione o di crescita del proprio figlio. Spesso i loro consigli sono fondamentali ed orientativi per il comportamento dei genitori, condizionando non solo il tipo di alimentazione ma anche il tipo di rapporto madre-figlio;
- i pediatri, i medici di medicina preventiva dell'età evolutiva, le assistenti sanitarie componenti degli attuali consultori pediatrici: hanno tra i loro compiti l'organizzazione e la gestione degli interventi di prevenzione primaria per ciò che concerne l'educazione della salute;
- i dietisti e i medici nutrizionisti presenti presso ambulatori privati, scuole, servizi e reparti ospedalieri possono individuare precocemente i soggetti a rischio da inviare ai servizi di riferimento, attraverso la valutazione dello stato di nutrizione e l'anamnesi alimentare e familiare;
- gli insegnanti che forniscono le informazioni strutturate sull'alimentazione;
- i genitori che, confusi dalla pubblicità e frastornati dai messaggi contraddittori, sempre più richiedono notizie in materia.

La prevenzione secondaria è un obiettivo più realistico di quella primaria e riguarda le modalità con cui arrivare alla diagnosi e alla terapia il più precocemente possibile, evitando aggravamenti. Vari studi dimostrano che più lunga è la durata dei sintomi prima del trattamento e più negativa è la prognosi, mentre la breve durata si associa ad una più favorevole risposta al trattamento. Risulta quindi importante ai fini della prevenzione secondaria la diffusione della conoscenza generale dei disturbi fra quei professionisti che sono maggiormente a contatto con la popolazione a rischio e che possono fornire un sostegno a chi soffre, nel chiedere aiuto (medici di famiglia, pediatri, specialisti ambulatoriali, insegnanti, allenatori sportivi ...). È altresì indispensabile attuare corsi di formazione specifica sul tema rivolti a psicologi, psichiatri, neuropsichiatri infantili, pediatri ospedalieri, medici dei reparti di medicina, personale infermieristico ed altre figure professionali, affinché acquisiscano adeguate ed uniformi modalità operative che permettano loro di garantire un percorso di presa in cura articolato, personalizzato e coordinato secondo il modello della rete dei servizi.

La prevenzione terziaria, che mira in sostanza alla riduzione del danno e a contrastare i fattori perpetuanti e la cronicizzazione, deve costituire un elemento di fondo della terapia integrata.

### ***2.2.1. Il programma di interventi e la rete dei servizi***

Si rendono necessarie terapie integrate fondate sul concorso delle varie branche specialistiche verso la definizione di un progetto terapeutico personalizzato. Diventa obiettivo prioritario il garantire alla persona un percorso di trattamento integrato per gli aspetti psicologici-affettivi, somatici e sociali coordinando le risorse della sanità pubblica, del privato accreditato, del privato sociale professionalizzato.

Il modello di integrazione deve prevedere una capacità di coordinamento, di servizio, di competenze professionali affini e complementari, chiarendo nell'intervento chi è responsabile del coordinamento e dell'integrazione del progetto terapeutico personalizzato.

L'integrazione delle professionalità è l'obiettivo primario. Esso riguarda la traduzione operativa del concetto di interdisciplinarietà, il che significa toccare nei suoi aspetti principali il modo complessivo di fare professione.

Si comprende bene come il concetto di interdisciplinarietà e il suo obiettivo, l'integrazione delle professionalità, siano parte di un unico problema. Infatti l'integrazione delle professionalità va vista non come sovrapposizione di ambiti

professionali o affiancamento di discipline diverse su una tematica comune, non come somma di competenze, ma come esplicitazione di un ben più impegnativo tentativo di impostare l'intero *iter* diagnostico-terapeutico.

<i>Obiettivo</i>	<i>Azioni</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Promuovere la costruzione della rete dei servizi e la definizione del percorso terapeutico</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Monitorare le informazioni sul miglioramento di qualità della rete dei servizi che ogni Azienda sanitaria deve predisporre</li><li>• Censire le esperienze attuative in riferimento alla corretta applicazione di protocolli clinico-terapeutici, considerando le sinergie con il privato specializzato e accreditato</li><li>• Predisporre una scheda informativa su base epidemiologica e organizzativa al fine di una adeguata programmazione e organizzazione dei servizi a livello regionale</li><li>• Rilevare il fabbisogno formativo, per definire opportuni programmi di aggiornamento per le/gli operatrici/tori impegnate/i nel settore</li></ul>



### 3. MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA VITA

#### 3.1. Donne anziane

La popolazione al di sopra dei 65 anni è passata dal 9,5% del 1961 al 15,3% del 1991, e con essa è cresciuta tra gli anziani la quota di donne (dati ISTAT): tra queste la speranza di vita è maggiore che tra gli uomini e quindi il sesso femminile rappresenta la maggioranza degli anziani in tutte le fasce di età. Dei circa 12 milioni di anziani di 60 anni e più registrati nel 1994-1995, 6.900.000 sono donne e 5.200.000 sono uomini.

Al crescere dell'età prevalgono le femmine e ciò è spiegabile con il fatto che l'alto tasso di mortalità maschile aumenta con l'età. La percentuale di donne sul totale dei coetanei è:

- 52,2% tra 60 e 64 anni
- 56,5% tra 65 e 74 anni
- 62,3% dai 75 anni in su

Tale aspetto configura percorsi e situazioni di vita differenti tra uomini e donne.

Le donne nelle età avanzate si trovano a vivere da sole più degli uomini. In Italia la distribuzione per stato civile mette in evidenza uno squilibrio fra i sessi e la maggiore tendenza degli uomini soli a risposarsi. È coniugato il 61,4% degli ultraottantenni contro il 14,8% delle ultraottantenni.

Le vedove rappresentano il:

- 19,4% delle donne tra 60 e 64 anni
- 29,1% tra 65 e 69 anni
- 73,9% dagli 80 in poi

per un totale di 2.957.000 vedove.

La regione Emilia-Romagna è una delle tre regioni italiane con il maggior grado di invecchiamento, con il 19,6% di popolazione con 65 anni e più (censimento 1991). All'1/1/1998 la popolazione ultrasessantenne della regione risulta composta da 1.108.084 persone, delle quali 472.017 maschi e 636.067 femmine.

All'interno di questa popolazione anziana, l'indice di vecchiaia femminile è nettamente superiore di quello maschile. La percentuale di femmine aumenta all'aumentare dell'età:

- classe di età 60-64 anni           % femmine = 57%
- classe di età 65-74 anni       % femmine = 59%
- classe di età superiore 75 anni % femmine = 64%

Per quanto riguarda la situazione a livello provinciale si evidenziano i seguenti valori percentuali sul totale della popolazione femminile residente.

<i>Provincia</i>	<i>% 60 e più</i>	<i>% 65 e più</i>	<i>% 75 e più</i>
Piacenza	33,9	27,2	13,4
Parma	33	26,6	13,5
Reggio Emilia	29,7	23,7	11,8
Modena	28,9	22,8	11
Bologna	32,4	25,7	12,6
Ferrara	33,7	26,6	12,6
Ravenna	32,5	25,5	12,6
Forlì Cesena	29,6	23,3	11,3
Rimini	27	20,9	9,8
Emilia-Romagna	31,2	24,8	12,1

### ***3.1.1. Determinanti di salute della donna anziana***

L'invecchiamento non è solo un fenomeno biologico; diversi fattori comportamentali ed ambientali ne modulano la velocità. Nella letteratura scientifica vi sono evidenze che eventi psicologicamente stressanti (pensionamento, lutti, istituzionalizzazioni) hanno un impatto indubbio sullo stato di salute e sul declino psicofisico della persona anziana. È ormai ampiamente dimostrato che una vecchiaia di successo, cioè in buona salute, dipende in larga misura dagli stili di vita e quindi dalla cultura, dal livello di istruzione, dalle condizioni economiche e dal contesto sociale.

Una vecchiaia di successo (*successful aging*) è determinata dai seguenti fattori (Rowe e Khan, 1987):

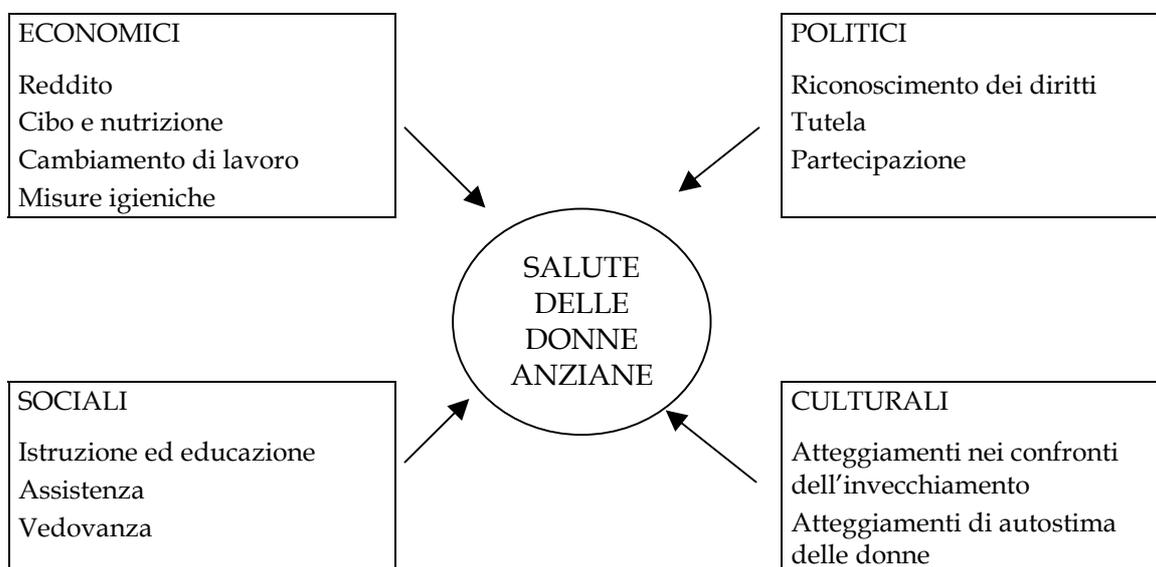
- assenza di malattie disabilitanti,
- mantenimento di una buona *performance* intellettuale e fisica,
- conservazione delle proprie attività sociali e produttive.

Tre determinanti sociali hanno un effetto significativo sulla salute delle donne che invecchiano:

- l'educazione e l'alfabetizzazione,
- la probabilità di curare un coniuge o un congiunto disabile (la domesticità),
- la vedovanza.

Queste esperienze possono essere considerate come eventi normali, così come vi sono norme sociali e culturali che dettano ruoli e aspettative. Questi eventi possono avere un impatto sia positivo che negativo sulla salute, e le esperienze individuali delle donne più anziane variano ampiamente anche entro la stessa società.

I problemi principali della donna nell'invecchiamento derivano da un insieme di determinanti interconnessi: biologici, sociali, culturali, politici, economici.



#### *L'educazione e l'alfabetizzazione*

Le donne anziane sono più a rischio di comportamenti di solitudine e isolamento, soprattutto le "grandi anziane".

Il benessere degli anziani è molto legato al contesto familiare in cui sono inseriti. Le relazioni all'interno della famiglia, infatti, assumono una rilevanza particolare nel periodo successivo al ritiro dall'attività lavorativa, che, anche a causa della progressiva limitazione dell'autonomia fisica, porta oggettivamente ad una riduzione di occasioni di contatto sociale. È in famiglia che l'anziano passa la maggior parte delle giornate (considerando anche il ridursi della mobilità all'aumentare dell'età).

Uomini e donne nelle età anziane vivono in forme familiari differenti. Si osservano più donne che uomini in quelle situazioni familiari (persone sole, nuclei monogenitore,

membri isolati) in cui il rapporto di coppia, quando c'era, si è ormai sciolto. Prevalgono invece gli uomini nelle situazioni familiari basate sul rapporto di coppia, con o senza figli. Quindi, mentre gli uomini continuano a vivere in coppia, le donne, se non hanno qualche figlio che si ferma nella famiglia di origine, vivono sole, per poi entrare a far parte, in alcuni casi, della famiglia del figlio.

La questione fondamentale che si pone con l'emergere e il crescere delle famiglie di anziani è quello della segregazione generazionale, la tendenza delle persone di una certa età a chiudersi in se stesse e/o limitare al massimo i contatti con persone di altre generazioni. Tale problema si acutizza in assenza di relazioni sociali sviluppate.

### *La domesticità*

Dall'indagine multiscopo ISTAT sugli aspetti della vita quotidiana degli anziani in Italia (anni 1994-1995), si ricava che le donne anziane oggi restano prevalentemente tra le mura domestiche; si sono assestate su una vita quotidiana ancora ritmata dalla organizzazione della casa, preparazione del cibo, cura dei nipoti o dei familiari. Spesso forniscono ancora ampio supporto alle famiglie dei figli; pur avanti negli anni, se le condizioni psicofisiche lo permettono, non vengono meno al loro "fare domestico". I ruoli assunti durante una vita non si modificano soltanto perché aumenta il tempo libero.

Dalla stessa ricerca emerge che la domesticità femminile si accentua durante la vecchiaia, mentre permane la proiezione esterna maschile. L'interiorizzazione del ruolo maschile e femminile fanno sì che la *routine* vinca: l'uomo anziano va in pensione, la donna mai del tutto.

Per gli uomini il tempo libero si colloca al secondo posto dopo il sonno: il tempo libero è centrale, il lavoro familiare residuale. Per le donne è vero il contrario: il lavoro familiare è al centro della loro giornata. Soprattutto le donne che vivono in coppia o che sono madri, nell'età che va da 65 a 74 anni dedicano più tempo al lavoro familiare che ad attività ricreative.

La casa, l'*habitat*, soprattutto per la donna in età avanzata, rappresenta gran parte del proprio spazio esistenziale e può essere sentita come elemento simbolico per la continuità temporale, come condizione di vita e di sicurezza e, addirittura, come scopo del proprio agire.

Sono significativi, a questo proposito, gli studi psicologici effettuati su ospiti di case di riposo per persone anziane, da cui risulta che la donna reagisce in modo più negativo allo sradicamento dalla propria abitazione.

Mentre per gli uomini il disadattamento sembra essere in relazione alla cessazione dell'attività lavorativa e alla perdita del ruolo sociale, per le donne appare più facile un adeguato livello di adattamento quando rimangono nella propria abitazione e nella propria famiglia.

#### *La vedovanza*

La vedovanza rappresenta un periodo a rischio; studi recenti segnalano un aumento della mortalità nelle donne durante l'anno seguente la morte del compagno.

La vedovanza corrisponde ad uno *stress* sociale, equiparabile sicuramente come fattore di rischio di morbilità e di mortalità al pensionamento, ai ricoveri ospedalieri, ai trasferimenti.

La vedovanza innesca la necessità di una serie di aggiustamenti che comprendono cambiamenti nello stile di vita e nella disponibilità finanziaria, così come nelle relazioni personali di affettività e intimità. Anche se esiste un livello di autonomia che permette alle vedove di vivere sole, questo le può portare anche ad essere più vulnerabili e soggette all'isolamento, una vulnerabilità che si aggrava se la salute declina.

Considerando che al momento del matrimonio una donna è più giovane del marito, in media di tre anni, e che la sua durata media di vita è maggiore di circa sette anni, al momento del matrimonio ogni donna deve in media mettere in conto circa dieci anni di vedovanza.

#### **3.1.2. Aspetti epidemiologici**

Da dati ISTAT (indagine multiscopo anno 1994, "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari") si ricava che tra le patologie femminili prevalgono:

- l'artrosi (56,4%),
- l'ipertensione (34,3%),
- l'osteoporosi (20,4%),
- l'angina e altre malattie del cuore (13,2%).

Sempre dati ISTAT riportano che nel 1994 le donne ultrasessantenni decedute per malattie del sistema circolatorio sono state 127.447 su un totale di 244.650.

Poiché la malattia di cuore e l'*ictus* sono stati sempre considerati problemi di salute prevalentemente dell'uomo, se ne è sottovalutata la rilevanza nella salute della donna che invecchia.

In Emilia-Romagna nel 1997, su 10.703 decessi femminili di tutte le età per cause derivate dal sistema circolatorio, 10.324 appartengono alla fascia di età dai 65 in su; i decessi di donne ultrasessantacinquenni per malattie ipertensive sono stati 813, per infarto 1.226, per malattie circolatorie dell'encefalo 3.023, per arteriosclerosi 482, per cadute 340.

La letteratura riporta che le principali patologie femminili in età avanzata sono:

- affezioni muscolo-scheletriche,
- osteoporosi,
- fratture,
- incontinenza,
- problematiche cardiovascolari.

#### *Affezioni muscolo-scheletriche / osteoporosi / fratture*

Una ridotta mobilità ha il suo maggiore impatto non solo sulla funzionalità fisica delle donne nell'invecchiamento, ma anche sulla loro capacità di mantenere contatti sociali e quindi sul loro benessere sociale e mentale.

Affezioni che influiscono sulla mobilità, come l'artrite, hanno maggiori implicazioni sulla qualità della vita. Comunque, poiché non sono causa di morte, i loro effetti sono stati inadeguatamente considerati nelle statistiche sanitarie.

Le affezioni muscolo-scheletriche riducono la mobilità in un ampio *range* di attività e così, di conseguenza, hanno il maggior impatto sulla cura personale.

Per le donne che hanno già manifestato problemi, sono necessarie strategie mirate alla riabilitazione, alla mobilità e ad altri fattori sociali ed economici.

Le donne nell'invecchiamento necessitano di incoraggiamento e di fiducia per partecipare ad attività motorie e ricreative adeguate. Necessitano anche di informazioni su come mantenere un'appropriata alimentazione e un adeguato livello di attività lungo tutto il corso della vita.

La perdita ossea è una evenienza normale in entrambi i sessi dopo i 30 anni, ma aumenta nella donna dopo la menopausa.

Secondo un recente rapporto del Parlamento europeo sull'osteoporosi (giugno 1998), il 40% delle donne che oggi ha 50 anni avrà almeno una frattura da osteoporosi nel resto della vita e ben il 17% avrà una frattura al femore (evento che comporta una mortalità del 15-30% entro 6 mesi e una disabilità residua in circa il 33% dei casi). La lotta contro l'osteoporosi, secondo l'OMS, sarà una delle grandi sfide mediche del prossimo futuro.

### *Incontinenza*

La comparsa dell'incontinenza con l'aumentare dell'età è il fattore predittivo di perdita di indipendenza funzionale, e può essere una conseguenza di una ridotta mobilità e di altre disabilità. L'aver questo problema può provocare conseguenze personali e sociali (ansia, perdita di autostima, ridotta attività sessuale e depressione). Il disagio derivante può portare ad evitare i contatti sociali e ad isolarsi.

Un fattore che impedisce a molte donne nell'invecchiamento di cercare aiuto è la loro convinzione, causata da una errata informazione, che si può fare poco per l'incontinenza. Poiché i problemi del controllo vescicale non sono una conseguenza inevitabile dell'invecchiamento, un aspetto importante di ogni strategia di prevenzione consiste nel fornire informazioni a questo riguardo.

#### **3.1.3. La mappa dei servizi socio-sanitari**

La coesistenza di fattori sanitari, socio-economici, psicologici ed ambientali alla base della salute dell'anziano giustifica una strategia basata da una parte sulla valutazione multidimensionale geriatrica e sull'intervento globale realizzato dall'Unità di valutazione geriatrica, e dall'altra sulla piena integrazione tra comparto sociale e sanitario.

Le Unità di valutazione geriatrica sono state istituite in Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Sicilia.

In Emilia-Romagna la Legge regionale 5/1994 ha disegnato un nuovo sistema di servizi per la popolazione anziana, prevedendo in particolare per gli anziani non autosufficienti un intervento centrato sulla integrazione, istituzionale e gestionale, tra servizi sociali e sanitari. Dal punto di vista istituzionale l'integrazione si realizza attraverso lo strumento dell'accordo di programma che, sulla base distrettuale, vede convergere l'Azienda USL, i Comuni, ed in molte realtà anche le IPAB, che gestiscono una parte significativa e qualificata della rete dei servizi (in particolare residenziali) per anziani. Si tratta di una rete che comprende un tessuto di servizi funzionalmente differenziati ma coordinati tra loro nel trattare l'utente anziano in considerazione dell'evoluzione dello stato di salute, dello stato sociale ed economico.

In tutto il territorio regionale sono operative le Unità di valutazione geriatrica territoriali.

È in questo quadro che assumono pieno valore le più recenti novità nella rete diffusasi a seguito della Legge regionale 5/1994.

- Assegno di cura.
- Il Responsabile del caso.
- La progressiva articolazione dell'offerta dei servizi della rete (Centri diurni, Case protette, RSA, Lungodegenze post-acuzie).
- Telesoccorso Teleassistenza: in Emilia-Romagna nel 1995 sono stati seguiti circa 2.000 anziani con il servizio di Telesoccorso Teleassistenza e sono presenti 18 centrali (12 pubbliche, 4 private, 2 miste). Per quanto riguarda la tipologia dell'utenza, la maggioranza è costituita da soggetti anziani. Gli utenti con oltre 65 anni rappresentano il 94,6% e quelli appartenenti alla quarta età (che hanno compiuto il 75° anno) sono oltre il 75%. La classe più rappresentata è quella tra i 75 e gli 84 anni (47,7%).
- Il medico di medicina generale (MMG) rappresenta normalmente il primo operatore sanitario cui si rivolgono gli individui che hanno problemi di salute. Svolge un ruolo fondamentale per la prevenzione delle malattie, la loro cura e l'indirizzo dei malati a strutture specializzate.

Sono in particolare gli anziani a ricorrere al medico di famiglia e, tra questi, soprattutto le donne. Se tra la popolazione fino a 59 anni la quota di coloro che si rivolge sempre al medico, o spesso, risulta pari al 76,1%, tale valore sale all'87,4% per le persone con almeno 60 anni, all'88,8% per quelle con almeno 65 anni e al 90,7% per quella ultrasettantatrenni. Le donne presentano valori ancora più alti e superiori a quelli degli uomini fino a 5 punti percentuali.

- Associazioni di volontariato. In Italia nel 1995 le associazioni di volontariato iscritte nei registri regionali erano 8.803. I volontari sono circa 316.000, dei quali il 42% sono donne.

I destinatari dei servizi sono stati: anziani (22,1%), handicappati (12%), minori (8,5%). In Emilia-Romagna, nel settembre 1997, 1.298 organizzazioni risultavano iscritte nei registri provinciali o regionali (269 a Bologna, 184 a Modena, 163 a Parma, 146 a Forlì, 44 a Ravenna, 133 a Reggio Emilia, 128 a Ferrara, 72 a Rimini, 59 a Piacenza).

Tra le organizzazioni che si dedicano in modo esclusivo o quasi alle attività socio-assistenziali, sono prevalenti quelle rivolte agli anziani: in alcuni casi prevale l'aspetto assistenziale (cura della persona e dell'abitazione, assistenza per il

disbrigo di pratiche ...), in altri le attività sono oggettivamente di natura ricreativo-culturale, ma vengono svolte con fini solidaristici allo scopo di favorire l'integrazione sociale ed evitare situazioni di autoesclusione.

- Attività strutturate per il tempo libero.

Sono 339 i centri per anziani censiti in Emilia-Romagna (85 a Bologna, 62 a Reggio Emilia, 27 a Parma e 12 a Rimini). Risultano coperti quasi la metà dei comuni emiliano-romagnoli: 162 su 341 contano infatti almeno un centro.

I soci iscritti sono 144.783, i tre quarti sono ultrasessantenni. Tra le attività, quelle maggiormente presenti sono le feste sociali (256 centri) e le gite di un giorno (217 centri). Le più praticate sono le serate di ballo, i giochi e i tornei. Altre attività sono quelle "socialmente utili", come il mantenimento del verde pubblico (90 centri), la custodia di impianti sportivi (22), la sorveglianza nelle scuole (16), la raccolta differenziata dei rifiuti.

I concerti (113 centri) e gli spettacoli teatrali (78) sono tra le attività culturali più frequenti. Risultano molto frequentati anche i corsi di attività artistiche, le visite a mostre e musei, le proiezioni cinematografiche. In 46 centri è presente anche una biblioteca. Il bar è una componente fondamentale del centro ed è presente nel 71,7%. Il 69,4% dei centri ha un apparecchio TV, il 57,6% uno stereo, il 33,2% un videoregistratore.

I centri realizzano anche attività socio-assistenziali soprattutto nei confronti di anziani: nelle case di riposo per organizzare spettacoli o per fare visita agli ospiti, oppure a domicilio ad anziani che vivono soli. Su un totale di 142.112 soci, la percentuale degli uomini è 59,7% e quella delle donne 40,3%. La fascia di età maggiormente rappresentata è quella tra i 60 e i 79 anni.

*Migliorare il livello della qualità di vita delle donne anziane*

<i>Obiettivi</i>	<i>Azioni</i>	<i>Indicatori</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sviluppare atteggiamenti positivi tra le donne anziane verso il proprio invecchiamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corsi di preparazione all'invecchiamento. La geragogia affronta la profilassi dell'invecchiamento e si propone l'insegnamento delle corrette regole di equilibrio psicofisico indispensabile per un sano invecchiamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Produzione di materiale informativo specifico</li> <li>• N. di corsi attivati rivolti alla fascia di età &gt;60</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentare il benessere psicologico delle donne anziane e migliorare il loro stato cognitivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formazione degli operatori</li> <li>• Corsi di <i>memory training</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N. di operatori che hanno acquisito la tecnica per attivare corsi di MT</li> <li>• N. di corsi attivati e n. di partecipanti (fascia di età &gt;65)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promuovere la vita di relazione delle donne anziane per prevenire forme di emarginazione e isolamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promozione di gruppi di auto-aiuto (autocura)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N. di gruppi attivati</li> </ul>

### Prevenzione dei maggiori problemi di salute evitabili della donna anziana

Obiettivi	Azioni	Indicatori
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrastare la tendenza all'eccessiva medicalizzazione dei problemi di salute dell'invecchiamento della donna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promozione di interventi sugli stili di vita per la salute:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- educazione nutrizionale con particolare riferimento alla prevenzione dell'obesità</li> <li>- ruolo protettivo dell'attività fisica</li> <li>- conseguenza dell'uso del fumo e del consumo eccessivo di alcool</li> </ul> </li> <li>• Promozione di interventi di prevenzione delle malattie croniche invalidanti e della disabilità</li> <li>• Monitoraggio:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- pressione arteriosa</li> <li>- diabete</li> <li>- disturbi sensoriali</li> <li>- valutazione della <i>performance</i> fisica</li> <li>- valutazione dello stato cognitivo e affettivo</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campagna informativa attivata sul <i>target</i> &gt;60</li> <li>• Progetti specifici sull'area delle cure primarie quali:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- formazione ai MMG sulla relazione medico-paziente</li> <li>- formazione sull'uso appropriato dei farmaci ecc.</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ridurre il rischio di disabilità, istituzionalizzazione e ospedalizzazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promozione all'utilizzo di metodi di valutazione interprofessionale del bisogno con la possibilità di formulare diagnosi multidimensionali e interventi personalizzati</li> <li>• Individuazione dei soggetti a maggiore rischio di fragilità (omeostasi critica)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentuale di aziende che utilizzano metodi di valutazione interprofessionale</li> <li>• Percentuale di diagnostici per l'individuazione della omeostasi critica</li> </ul>

### 3.2. Pazienti oncologiche

La patologia cancerosa rappresenta nel mondo odierno, inclusa l'Italia, una delle malattie a più ampia diffusione, e tra le prime cause di mortalità (vedi Rapporto tecnico "Neoplasie").

In questi ultimi anni si è assistito ad avanzamenti nei processi di diagnosi precoce e di cura di molti tipi di neoplasie, con aumento della sopravvivenza delle pazienti.

La specificità della malattia (che invade il "dentro" e il "fuori" della vita dei soggetti malati) ha portato in prima pagina (anche attraverso le associazioni di utenti, diretti interessati) la necessità di un approccio globale al paziente. L'attenzione crescente per gli aspetti relativi alla qualità di vita dei pazienti nonché le implicazioni psicologiche connesse alla patologia cancerosa fanno emergere un bisogno sempre più diffuso di offrire un approccio psicologico.

Non è quindi più sufficiente raggiungere come obiettivo l'allungamento della vita (quanto tempo il paziente riesce a sopravvivere ad una determinata malattia), ma è fondamentale occuparsi anche di come sarà la sua vita (ad es. durante la fase della cura e nei periodi successivi alla terapia). Si sono moltiplicate le ricerche sul tema della qualità della vita (*Quality of Life, QoL*) anche in ambito italiano, partendo dal concetto espresso dall'OMS (nel 1946) secondo il quale la salute non corrisponde solo all'assenza di malattia, ma si identifica più in generale con uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale.

Attualmente si tende a considerarlo come un concetto multidimensionale, che include quattro aspetti:

- lo stato fisico (l'insieme dei sintomi fisici secondari alle malattie e alle terapie);
- lo stato psicologico (condizioni emozionali individuali);
- lo stato funzionale (capacità di condurre, in modo autonomo, la propria esistenza);
- l'interazione sociale (modalità di relazione coi familiari, le figure significative, gli amici e le persone dell'ambiente sociale del soggetto).

A queste si aggiungono altre aree di valutazione quali l'immagine corporea (di grande rilievo ad es. nella patologia mammaria) e la sfera sessuale (centrale, sia nella patologia mammaria che nei tumori ginecologici).

In relazione alla diagnosi precoce, alla cura e alla riabilitazione della patologia mammaria e del collo dell'utero, oltre all'offerta di un percorso sanitario, è necessario sviluppare l'offerta di prestazioni di supporto psicologico. La richiesta di aiuto psicologico nella paziente con tumore mammario si evidenzia infatti lungo tutto il percorso, con la necessità di una particolare attenzione alla relazione operatore sanitario-paziente.

Punti critici nella relazione tra operatore sanitario e paziente sono:

- nella fase di individuazione diagnostica - la comunicazione della diagnosi e del percorso di cura (sono coinvolte reti referenziali plurispecialistiche);
- nella fase di attivazione di terapie chemioterapiche pre-chirurgiche - problematiche di *compliance* alla malattia e all'*iter* ospedaliero;
- nella fase dell'ospedalizzazione chirurgica e della dimissione - perdita del seno e conseguenze psicologiche;

- nella fase degli interventi terapeutici (c/o oncologia e radioterapia) - adattamento alle terapie e sequele psicofisiche (es. perdita dei capelli, sintomi fisici e cognitivi, cambiamento dell'immagine di sé psicologica, sociale e relazionale, idee suicidarie, angosce di morte, manifestazioni ansiose, dolore, depressione ...);
- nel passaggio dall'*iter* ospedaliero alla normale vita quotidiana - si evidenzia una separazione dall'ospedale vissuta, a volte, faticosamente, in cui emerge una riflessione dell'esperienza vissuta e la mancanza di un progetto esistenziale futuro;
- nei *follow-up* ciclici - attivazione di ansie ed angosce;
- nella recidiva della malattia e nell'eventuale percorso verso un esito infausto - processo del morire, richiesta di accompagnamento.

<i>Obiettivi</i>	<i>Azioni</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formare il personale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promuovere momenti formativi a cadenza annuale organizzati a livello regionale, riferiti a tutte le tipologie di operatori coinvolti nelle sequenze del percorso di diagnosi e di cura (es. infermieri, medici, tecnici, ecc.) in modo da garantire con un progetto pluriennale il coinvolgimento di tutte le figure professionali interessate (questo progetto potrebbe valere anche per gli operatori che si occupano di patologia tumorale ovaio/utero)</li> <li>• A livello locale promuovere momenti di coordinamento fra le figure professionali ospedaliere e del territorio coinvolte nei percorsi oncologici, facendo riferimento agli operatori che hanno partecipato alla formazione regionale</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promuovere interventi operativi rivolti al singolo, alla coppia e alla famiglia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A livello aziendale favorire percorsi di consulenza psicologica individuale e un'eventuale presa in carico in tutti i momenti dell'<i>iter</i> di cura</li> <li>• Offrire sostegno psicologico ai familiari delle pazienti oncologiche durante il percorso di cura e nell'eventuale elaborazione del lutto</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coinvolgere il volontariato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nell'informazione alle utenti: in area ospedaliera, per facilitare l'accesso alle donne nei vari momenti del percorso di cura, per assistere nell'accesso alle pratiche amministrative (richieste protesi, invalidità e assegno di accompagnamento, ecc.)</li> <li>• Per informare la paziente sull'esistenza di supporti psicologici dentro e fuori l'ospedale (psicologo, psichiatra, consulente e gruppi di auto-aiuto delle associazioni)</li> <li>• Nell'individuazione di obiettivi specifici nella definizione dei piani locali per la salute</li> </ul>



## **4. ASSISTENZA ALLA PATOLOGIA GINECOLOGICA**

### **4.1. Premessa**

La patologia che interessa le donne nelle varie fasi della vita è molto ampia; il Gruppo di lavoro ha deciso di fare una scelta antologica di tre tipi di patologia per le tre fasi della vita di una donna.

- Età giovanile - malattie a trasmissione sessuale.
- Età matura - affezioni benigne suscettibili di cura chirurgica e/o medica.
- Età post-fertile - problematiche del climaterio.

Tale scelta, che è ovviamente criticabile, è stata orientata da almeno tre ragioni:

- non esistono per le tre tipologie di affezione dati epidemiologici di incidenza e la prevalenza delle isterectomie è molto variabile;
- non esistono per le tre tipologie di affezione protocolli diagnostici e terapeutici condivisi;
- i centri che si occupano di malattie a trasmissione sessuale e di climaterio sono sorti senza una programmazione rispettosa di una analisi dei bisogni.

### **4.2. Analisi di stato**

Come già detto, non esiste una base di dati epidemiologici per descrivere tali fenomeni.

### **4.3. Analisi di attività**

Non esistono dati se non parziali delle attività rispetto alle tipologie individuate; si riportano i tassi storici crudi di isterectomie a livello regionale rapportati ai dati nazionali.

#### 4.4. Obiettivi, azioni ed indicatori proposti

##### Malattie sessualmente trasmesse

Obiettivi	Azioni	Indicatori
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutare l'incidenza delle varie malattie per fasce di età e per categorie a rischio e non</li> <li>• Promuovere una corretta informazione estesa il più possibile nel territorio su tutte le MST (non esiste solo l'AIDS) e sulle loro sequele, non solo per ciò che riguarda la qualità di vita ma anche per ciò che riguarda la fertilità</li> <li>• Mettere a punto protocolli diagnostico-terapeutici condivisi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Produzione di materiale informativo dedicato e promozione di campagne di informazione su mezzi preventivi (contraccettivi meccanici, visite periodiche, corretta igiene intima, ecc.), da fare non solo nei luoghi di aggregazione (scuole, circoli, ecc.) ma anche attraverso i mezzi di informazione (TV, giornali femminili, giornali erotici <i>hard</i> e <i>soft</i>)</li> <li>• Promozione dell'educazione psicosessuale mediante campagne educative</li> <li>• Corsi di aggiornamento per operatori sanitari e sociali con informazioni date anche alla popolazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutazione dell'incidenza della morbilità in un lasso di tempo da definire (certamente più lungo del triennio)</li> <li>• Valutazioni periodiche del grado di conoscenza delle malattie da parte di operatori e popolazione</li> <li>• Valutazione della appropriatezza della diagnostica e delle terapie, affidata a valutatori esterni (es. CeVEAS)</li> </ul>

##### Patologie ginecologiche benigne

Obiettivi	Azioni	Indicatori
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuire il ricorso alla terapia chirurgica</li> <li>• Ridurre l'invasività delle procedure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Produzione di materiale informativo dedicato e promozione di campagne di informazione sulla ripercussione sulla vita sessuale e lavorativa delle varie procedure</li> <li>• Indagine epidemiologica sulla percentuale di interventi rispetto alle varie fasce di età</li> <li>• Corsi di formazione di operatori dei diversi centri sulle tecniche meno invasive (la SIELG sta preparando le procedure di accreditamento per centri e singoli operatori che potranno insegnare)</li> <li>• Quando è possibile, promozione della terapia medica in alternativa al ricorso alla terapia chirurgica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentuale di isterectomie rispetto alla popolazione <i>target</i> (35-65 anni) per Azienda sanitaria e regionale</li> <li>• Percentuale di utilizzo di interventi che si avvalgono di tecniche meno invasive per Azienda e regionale</li> <li>• Percentuale di clienti soddisfatti per Azienda sanitaria e regionale</li> <li>• Valutazione della appropriatezza della diagnostica e delle terapie, affidata a valutatori esterni (es. CeVEAS)</li> </ul>

*Problemi dell'età post-fertile*

<i>Obiettivi</i>	<i>Azioni</i>	<i>Indicatori</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Raggiungere un livello di conoscenza dei problemi esteso, corretto, completo</li> <li>• Diminuire il ricorso a psicofarmaci</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Produzione di materiale informativo dedicato e promozione di campagne di informazione su: importanza degli stili di vita, che possono sostituire la terapia ormonale (alimentazione, astensione dal fumo e dall'alcool, attività fisica); importanza della terapia ormonale, con informazioni sui rischi, sui benefici, sulla durata, sugli esami appropriati da eseguire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentuale di richieste di intervento sanitario rispetto alla popolazione <i>target</i> (45-65 anni) per Azienda sanitaria e regionale (si potrebbero coinvolgere i vari Centri per la menopausa)</li> <li>• Rapporto vendite dei vari prodotti ormonali sintetici e/o naturali (fitoestrogeni) e degli psicofarmaci rispetto alla popolazione <i>target</i> per Azienda sanitaria e regionale</li> <li>• Rapporto, numero e tipologia degli esami rispetto alla popolazione <i>target</i> per Azienda sanitaria e regionale</li> <li>• Valutazione della appropriatezza della diagnostica e delle terapie, affidata a valutatori esterni (es. CeVEAS)</li> </ul>



## 5. DONNE IMMIGRATE

### 5.1. Analisi del problema

L'immigrazione è diventata negli ultimi anni una componente stabile e strutturale della nostra società regionale, così come nel resto del paese. Le province maggiormente interessate dal fenomeno migratorio sono: Bologna, Modena, Reggio Emilia, e in misura minore Parma, Ravenna, Rimini, Piacenza (*Tabella 4*).

Anche nella nostra regione sono evidenti le caratteristiche principali dei flussi migratori degli ultimi anni, cioè la globalizzazione e la femminilizzazione: in particolare la presenza delle donne è in costante aumento, anche tra gli immigrati di cittadinanza nord africana che inizialmente avevano una netta prevalenza maschile.

L'immigrazione al femminile comporta problematiche ancora più complesse poiché per la donna immigrata, alle già grandi difficoltà della condizione di immigrata, vanno ad aggiungersi quelle altrettanto grandi della condizione di donna. Le donne immigrate sono in prevalenza giovani, nella fascia di età fertile, con tutte le problematiche connesse alla salute sessuale e riproduttiva.

I dati regionali su tali tematiche (dati di natalità, di abortività e di attività dei consultori familiari) indicano un aumento costante negli ultimi anni (dal 1995) della quota di donne immigrate che accedono ai servizi sanitari per l'assistenza alla gravidanza e al parto, all'interruzione delle gravidanze indesiderate, ai servizi per la pianificazione familiare.

Dal 1995, su un progetto dell'Assessorato regionale alla sanità, sono stati predisposti ed aperti spazi consultoriali per donne immigrate e i loro bambini nelle città della regione maggiormente interessate dal fenomeno migratorio: Bologna, Modena, Reggio Emilia, Parma, Ravenna, Rimini, Forlì.

Obiettivi prioritari degli spazi etnici sono stati l'accoglienza e l'assistenza della popolazione immigrata femminile in maggiore difficoltà ad accedere ai servizi sanitari tradizionali ed il lavoro in rete con tutti gli altri enti pubblici e privati coinvolti nell'accoglienza della popolazione immigrata.

Determinante per la qualificazione di questi spazi è stata la motivazione e la formazione delle operatrici dedicate e la presenza di mediatrici linguistico-culturali sia nell'accoglienza/assistenza sia nel lavoro *d'équipe*.

Gli elementi più significativi che emergono dai dati regionali e nazionali sulla salute sessuale e riproduttiva della popolazione femminile immigrata sono:

- natalità significativamente più elevata rispetto alla popolazione residente di nazionalità italiana, con un numero maggiore di bambini nati sottopeso e una mortalità perinatale più elevata;
- tasso di abortività più elevato rispetto alla popolazione residente italiana;
- incidenza di malattie sessualmente trasmesse più elevata (legata anche al fenomeno della prostituzione);
- maggiore incidenza di alcune patologie dell'apparato genitale connesse con le condizioni socio-ambientali quali le infezioni pelviche e le displasie cervicali;
- violenza fisica e sessuale connessa sia al fenomeno della prostituzione ma anche negli ambienti di lavoro e familiare.

## **5.2. Determinanti e fattori di rischio che svolgono un ruolo importante nella genesi del problema**

I fattori determinanti per la salute delle donne immigrate sono quelli già visti per le donne italiane con in più i problemi connessi con il progetto migratorio:

- condizioni socio-economiche;
- fattori culturali e religiosi;
- percorsi di identità al femminile anche nell'ambito del progetto di immigrazione;
- problematiche legate alle scelte di maternità;
- qualità del rapporto di coppia;
- presenza di servizi sanitari appropriati, accessibili ed adeguati anche per la popolazione immigrata non residente (Legge 40).

## **5.3. Interventi risultati efficaci nel ridurre il fenomeno**

Per quanto riguarda i problemi legati alle complicanze della gravidanza e del parto, è ormai riconosciuto da tutti che oltre alle condizioni socio-economiche è determinante la qualità dell'assistenza pre-natale e la precocità della presa in carico.

Il fenomeno delle gravidanze indesiderate si può ridurre significativamente con la presenza di servizi consultoriali che promuovano interventi di informazione contraccettiva mirati a *target* di popolazione specifici e che forniscano una consulenza contraccettiva personalizzata e rispettosa delle scelte culturali, etiche e religiose delle singole donne e/o coppie.

Anche per la riduzione dell'incidenza delle malattie sessualmente trasmesse risultano determinanti gli interventi di educazione sanitaria, oltre alla disponibilità di servizi adeguati di assistenza e cura.

Il tema della violenza è molto complesso e necessita di interventi preventivi, di aiuto e sostegno alle donne che hanno subito violenza e di formazione degli operatori sanitari e sociali al riconoscimento precoce delle problematiche legate alla violenza.

<i>Obiettivi</i>	<i>Azioni</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rendere i servizi sanitari deputati all'assistenza della salute riproduttiva accessibili a tutta la popolazione, compresa quella immigrata per la quale sarà opportuno prevedere interventi di discriminazione positiva, quali momenti di apertura del servizio dedicati con la presenza di una mediatrice linguistica culturale, percorsi specifici ecc.</li> <li>• Ridurre la differenza di incidenza delle complicanze della gravidanza e degli eventi sfavorevoli del parto tra la popolazione immigrata e quella residente italiana</li> <li>• Ridurre l'incidenza dell'aborto e delle malattie sessualmente trasmesse nella popolazione immigrata</li> <li>• Fare emergere il fenomeno della violenza alle donne anche immigrate e creare percorsi di sostegno ed assistenza adeguati</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formazione delle/degli operatrici/tori all'accoglienza e all'assistenza nella multiculturalità con particolare riferimento alle tematiche riproduttive nelle varie società e religioni utilizzando anche le competenze acquisite dalle operatrici degli spazi consultoriali per donne immigrate e i loro bambini</li> <li>• Per garantire l'accesso ai servizi alla popolazione immigrata è opportuno che siano previsti: orari di apertura dei servizi adeguati (pomeridiani, sabato mattina), presenza prevalente di personale femminile nell'assistenza alle donne, possibilità della mediazione linguistica qualora necessaria, servizi in rete con le associazioni di volontariato e degli enti locali che lavorano con gli immigrati</li> <li>• Promozione di interventi di informazione sull'accesso ai servizi e di educazione sanitaria sui temi della salute sessuale e riproduttiva mirati a singoli <i>target</i> di popolazione e concordati in collaborazione con gli altri enti o associazioni interessate</li> <li>• Proseguimento degli interventi di riduzione del danno già in atto per le prostitute di strada</li> <li>• Formazione degli operatori sulle tematiche della violenza alle donne e potenziamento degli interventi di sostegno e assistenza alle vittime della violenza</li> <li>• Sensibilizzazione di tutta la società alle tematiche dell'immigrazione e promozione del miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro della popolazione immigrata</li> </ul>

Tabella 4.

*Stranieri residenti in Emilia-Romagna distinti per provincia e per sesso al 31/12/1996*

*(Fonte dati: ISTAT)*

<i>Province</i>	<i>Maschi</i>	<i>Femmine</i>	<i>Totale</i>
Bologna	10.545	8.022	18.567
Ferrara	1.227	1.001	2.228
Forlì	1.976	1.496	3.472
Modena	8.190	5.656	13.846
Piacenza	2.318	1.557	3.875
Parma	4.941	3.379	8.320
Ravenna	3.185	1.899	5.084
Reggio Emilia	6.342	4.255	10.597
Rimini	2.369	2.210	4.579
<i>Totale</i>	<i>41.083</i>	<i>29.476</i>	<i>70.568</i>

*Stranieri residenti in Emilia-Romagna distinti per provincia e per sesso al 31/12/1997*

*(Fonte dati: ISTAT)*

<i>Province</i>	<i>Maschi</i>	<i>Femmine</i>	<i>Totale</i>
Bologna	11.850	9.394	21.244
Ferrara	1.328	153	2481
Forlì	2329	1.729	4.058
Modena	9.321	6.616	15.937
Piacenza	2.702	1.790	4.492
Parma	5.609	3.912	9.521
Ravenna	3.568	2.190	5.758
Reggio Emilia	7.310	5.076	12.386
Rimini	2.815	2.572	5.388
<i>Totale</i>	<i>46.833</i>	<i>34.432</i>	<i>81.265</i>

Tabella 4. (continua)

Stranieri segnalati soggiornanti in Italia al 31/12/1998 e istanze di regolarizzazione al 15/12/1998

<i>Provincia</i>	<i>Sogg. registr.</i>	<i>Sogg. stime tot.</i>	<i>Ripartiz. territor. %</i>	<i>Extracom. stima</i>	<i>% su totale</i>	<i>Doma stima</i>	<i>% su tot.</i>	<i>Totale domande</i>	<i>Prenotaz.</i>	<i>Domande present.</i>	<i>Ripartiz. % territor.</i>
Bologna	24.976	30.221	2,4	25.929	85,8	13.621	45,1	3150		3159	0,8
Ferrara	2.867	3.469	0,3	2.760	79,6	1.796	51,8	787	449	338	0,2
Forlì	5.955	7.206	0,6	6.415	89,0	3.317	46,0	1.173	693	480	0,3
Modena	14.449	17.483	1,4	15.903	91	7.242	41,4	3.159	1.866	1.293	0,8
Parma	8.527	10.318	0,8	9.436	91,5	4.271	41,4	3.658	2.365	1.293	0,9
Piacenza	4.254	5.147	0,4	4.673	90,8	2.165	42,1	1.166	932	234	0,3
Ravenna	6.740	8.155	0,7	7.509	92,1	2.974	36,5	1.210	361	849	0,3
Reggio Emilia	12.787	15.472	1,2	14.703	95	6.487	41,9	3.237	2.992	245	0,8
Rimini	2.511	3.038	0,2	2.800	92,2	1.292	42,5	1.459		1.459	0,4
<i>Emilia-Romagna</i>	<i>83.066</i>	<i>100.510</i>	<i>8,0</i>	<i>90.128</i>	<i>89,7</i>	<i>43.164</i>	<i>42,9</i>	<i>19.008</i>	<i>9.658</i>	<i>9.350</i>	<i>4,7</i>



## 6. SALUTE RIPRODUTTIVA

### 6.1. Strategie per promuovere la genitorialità

Negli ultimi quarant'anni (dal censimento del 1951 a quello del 1991) in Emilia-Romagna sono raddoppiate le coppie senza figli ed è crollata la fecondità, che si attesta intorno all'1% (1,01), inferiore alla media nazionale di 1,2 figli per donna. Si è spostata in avanti, intorno ai 30 anni, la scelta di fare figli, sia per le prime nascite che per quelle successive.

Il tasso di occupazione femminile è del 60% della popolazione compresa fra i 35 e 55 anni, e il risultato di alcune ricerche effettuate in tempi recenti nella nostra regione su gruppi di donne organizzate dimostra che esiste un desiderio di maternità che rimane inespresso.

Dalla lettura di questi dati emergono alcune riflessioni.

- Ad un incremento della presenza delle donne nel mondo del lavoro sembra corrispondere una sostanziale fatica riproduttiva che si manifesta nel fare meno figli e più tardi.
- In Emilia-Romagna vi è contemporaneamente un alto tasso di occupazione femminile, un discreto numero di servizi e un dato basso di natalità. Questo suggerisce che la bassa propensione delle donne ad avere figli non può essere letta solo in chiave di compatibilità economiche e di presenza di servizi sul territorio. La presenza o meno di servizi probabilmente influirebbe più sul dato dell'occupazione che su quello della natalità.
- Esistono dei fattori che si interpongono tra maternità desiderata e maternità realizzata: il figlio unico, oggi prevalente nei modelli familiari della regione, potrebbe essere in molti casi non tanto una libera scelta quanto una scelta obbligata.

L'assumere che esiste un intreccio complesso tra fattori economici, sociali e culturali che insieme contribuiscono a determinare le scelte di procreazione, diventa indispensabile se si vuole promuovere una inversione di tendenza sulla natalità.

L'individuazione di possibili strategie di conciliazione tra lavoro, maternità, salute e servizi è la strada da percorrere.

### 6.1.1. *Natalità e lavoro*

Recenti studi ISTAT (1998) hanno messo in risalto come ad un massiccio accesso delle donne dell'Emilia-Romagna sul mercato del lavoro non abbia fatto riscontro una simmetrica redistribuzione dei carichi di lavoro e di cura all'interno dei nuclei familiari.

L'Emilia-Romagna ha tassi di attività femminile in linea con i paesi europei (se si considerano le classi di età intermedie, coincidenti con la fertilità femminile, ci si attesta vicino ai livelli del Nord Europa), ma ha un'incidenza del lavoro a tempo pieno ben più significativa (il *part-time* è marginale e non arriva all'8%, contro un *trend* che va dal 25% al 35% del Nord Europa). Tutto questo si traduce in un carico di lavoro complessivo per le donne che non ha pari nei paesi europei.

Osservata in questa luce, la scelta del figlio unico può essere interpretata come una risposta alla onerosità della conciliazione tra lavoro e vita privata. La ricerca e la sperimentazione di formule organizzative più flessibili all'interno dei luoghi di lavoro pensate per favorire la conciliazione fra lavoro, qualificazione professionale e percorsi di carriera da un lato e valorizzazione della maternità e paternità dall'altro, diventano cruciali.

Si intende qui sottolineare l'importanza della contestualità fra politiche di conciliazione e politiche di condivisione. In questo senso si muove la proposta di legge, approvata dalla Camera nel novembre 1999, per il sostegno alla maternità e paternità, in particolare laddove si occupa dei congedi per i genitori e di misure a sostegno della flessibilità di orario nel lavoro. Essa si propone infatti di incentivare buone prassi che mirino a promuovere in modo coordinato la conciliazione tra tempo di vita e tempo di lavoro, e la condivisione delle responsabilità nel lavoro di cura familiare e nel lavoro per il mercato.

### 6.1.2. *Natalità e servizi*

I servizi (nidi, scuole dell'infanzia, scuola-bus ecc.) sono un supporto indispensabile alle scelte procreative. Sulla loro presenza in Emilia-Romagna occorre fare alcune valutazioni.

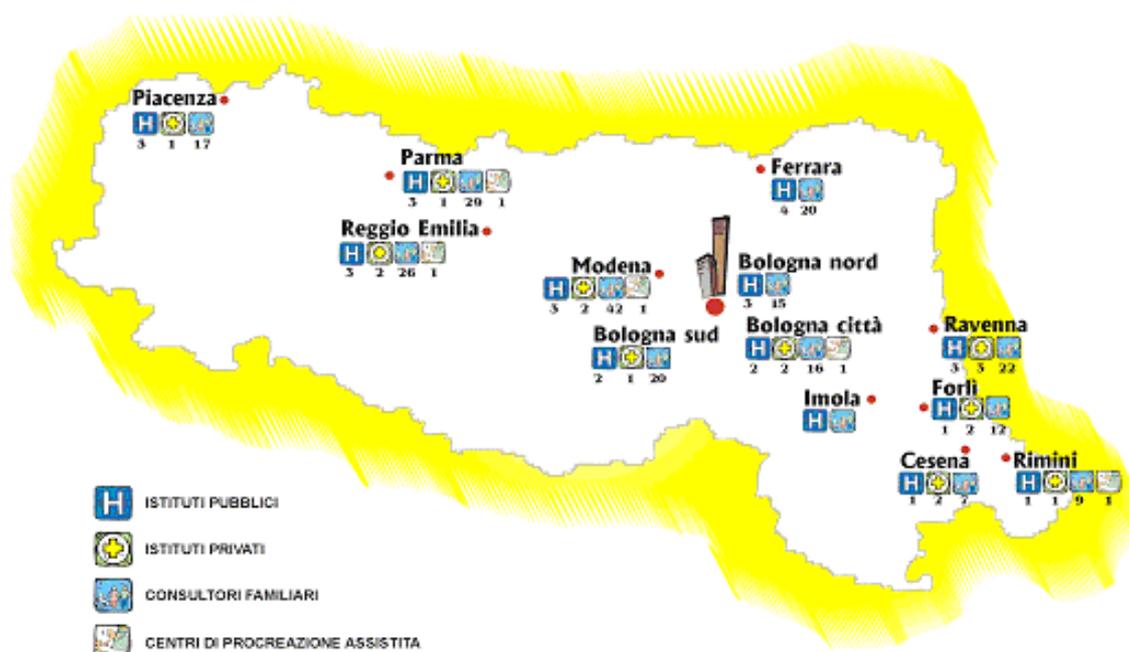
- Valutare se l'offerta dei servizi è sufficiente al fabbisogno: risulta infatti che esistono domande inevase in relazione alla frequenza ai nidi.
- Valutare la necessità di potenziare l'offerta differenziata di servizi (nidi a fasce orarie, *maternage*, scuole a tempo pieno ecc.).
- Valutare la qualità dei servizi in riferimento alle nuove proposte (nidi di condominio, di azione ecc.).

### 6.1.3. Natalità e servizi socio-sanitari

Nello specifico sanitario, l'obiettivo generale di promuovere la genitorialità viene perseguito attraverso:

- la promozione della salute riproduttiva sessuale e relazionale del singolo, della coppia e della famiglia, con interventi di informazione, educazione e comunicazione attuati in collaborazione ed integrazione con gli enti locali e le associazioni di volontariato;
- la qualificazione dell'assistenza di base ai problemi della salute riproduttiva, sessuale e relazionale del singolo, della coppia e della famiglia;
- la garanzia di efficacia, appropriatezza, essenzialità ed efficienza delle prestazioni.

### 6.2. Offerta di servizi in Emilia-Romagna



### **6.3. Garantire l'assistenza appropriata alla nascita con l'adozione di un percorso finalizzato a migliorare la qualità dell'assistenza al parto e incrementare la frequenza dei parti spontanei e fisiologici. Percorso nascita**

#### **6.3.1. Premessa**

Per quanto riguarda l'assistenza alla gravidanza e al parto, si desidera rilevare come l'Organizzazione mondiale della sanità (WHO, 1985) abbia emanato a Fortaleza (Brasile) una serie di raccomandazioni, recentemente riprese da un *panel* di esperti a Venezia (WHO Europe, 1998).

In questi documenti, in particolare si sottolinea che l'assistenza al parto e alla gravidanza deve coinvolgere le donne nel prendere decisioni e deve essere:

- demedicalizzata,
- di tecnologia appropriata,
- regionalizzata,
- basata su prove di efficacia,
- multidisciplinare,
- olistica,
- centrata sulla famiglia,
- culturalmente appropriata.

In tali affermazioni e soprattutto quando si sottolinea che l'assistenza deve essere regionalizzata, multidisciplinare, olistica e centrata sulla famiglia, si pone l'accento anche sulla necessità che l'assistenza sia organizzata in un percorso coerente per soddisfare i bisogni della popolazione.

#### **6.3.2. Analisi di attività e di stato**

Nel 1997 in Emilia-Romagna sono stati effettuati 29.953 parti di cui 1.731 hanno riguardato cittadini residenti in altre regioni. Il dato disponibile sulla mobilità passiva al 1995 è di 932 casi.

L'incidenza di parti cesarei nelle diverse province presenta una variabilità molto alta compresa fra il 19% e il 39% (dati 1997), indice di un'eccessiva variabilità clinica. L'incidenza dei nati con peso inferiore ai 1.500 grammi è stata del 10%, indice di eccessiva variabilità clinica.

I dati dei ricoveri in età neonatale per ogni Azienda sanitaria, con la specificazione del livello di complessità della patologia trattata espressa in APR - DRG e del peso alla nascita, dimostrano un'estrema variabilità del tasso formale di ricovero neonatale.

I dati disponibili rispetto alle gravidanze seguite nei consultori pubblici dimostrano un'estrema variabilità del tasso di gravidanze seguite senza indicazione della complessità dei casi e del numero di visite per gravida.

I dati disponibili (ancorché molto scarsi) rispetto alle gravidanze seguite nelle UO dimostrano un'estrema variabilità del tasso di gravidanze seguite senza indicazione della complessità dei casi e del numero di visite per gravida.

Non sono disponibili dati confrontabili rispetto al numero di gestanti che hanno seguito corsi pre-parto.

Nel 1994 (ISTAT) l'Emilia-Romagna ha registrato i seguenti dati di mortalità/1.000 nati vivi.

		<i>Posizione tra 8 regioni settentrionali</i>	<i>Media Nord</i>	<i>Italia</i>
Natimortalità	4,25/1.000			<b>4,46</b>
Neonatale precoce	3,05/1.000	7	2,72	3,76
Neonatale tardiva	0,82/1.000	7	0,74	1,15
Neonatale totale	3,87/1.000	7	3,46	4,91
Postneonatale	1,67/1.000	7	1,57	1,62

I dati di mortalità materna ricavabili dalle SDO indicherebbero una mortalità molto bassa: nel 1997 (dati ufficiali regionali) l'Emilia-Romagna avrebbe registrato una sola morte materna su 29.953 parti pari a 3,33/100.000.

Tale dato (da un'indagine aneddotica compiuta dai componenti del Gruppo) appare sottostimato e si propone pertanto di provvedere con un'indagine *ad hoc*, incrociando i dati provenienti dalla SDO neonatale con i dati di mortalità femminile in età fertile (15-49 anni) e acquisendo come mortalità materna collegata al parto tutte le morti avvenute per cause non traumatiche entro 48 giorni dal parto, rapportata a 100.000 nati vivi (WHO Europe, 1998).

### 6.3.3. Obiettivi, azioni ed indicatori proposti

La gravidanza e il parto sono eventi fisiologici che possono talvolta complicarsi in modo non prevedibile e con conseguenze gravi per la donna, per il feto e per il neonato.

È necessario che ad ogni gravidanza e ad ogni parto siano garantiti un livello essenziale ed appropriato di assistenza ostetrica e pediatrico-neonatologica all'interno di un coerente "Percorso nascita", in cui si sottolineano alcuni aspetti essenziali.

- Garantire informazioni sulla salute riproduttiva e i diritti della donna

<i>Obiettivi</i>	<i>Azioni</i>	<i>Indicatori</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorire la maternità e paternità responsabili</li> <li>• Garantire informazioni sulla salute riproduttiva e sui diritti della donna</li> <li>• Favorire l'instaurarsi di buone relazioni precoci madre-bambino</li> <li>• Favorire l'allattamento al seno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Produzione di materiale informativo dedicato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Natalità: n. di nati vivi per 1.000 unità di popolazione</li> <li>• Distribuzione razziale ed etnica delle nascite: percentuale di distribuzione dei nati vivi per razza ed etnia</li> <li>• <i>Trend</i> di distribuzione razziale ed etnica delle nascite</li> <li>• Distribuzione delle gravidanze nelle <i>teenager</i>: percentuale di nati da madri &lt;18 anni sul totale dei nati vivi</li> <li>• Percentuale di Aziende sanitarie che hanno prodotto materiale dedicato alle informazioni sul percorso nascita</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantire informazioni sulla salute riproduttiva e sui diritti della donna</li> <li>• Favorire l'instaurarsi di buone relazioni precoci madre-bambino</li> <li>• Favorire l'allattamento al seno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Produzione di materiale informativo dedicato</li> <li>• Corsi pre-parto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N. di corsi attivati</li> <li>• Percentuale di donne in gravidanza rispetto al totale dei nati vivi che partecipano ai corsi</li> <li>• Percentuale di Aziende sanitarie che hanno prodotto materiale dedicato alle informazioni sul percorso nascita</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantire informazioni sulla salute riproduttiva e sui diritti della donna</li> <li>• Favorire l'instaurarsi di buone relazioni precoci madre-bambino</li> <li>• Favorire l'allattamento al seno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Produzione di materiale informativo dedicato</li> <li>• Corsi post-parto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N. di corsi attivati</li> <li>• Percentuale di donne in puerperio rispetto al totale dei nati vivi che partecipano ai corsi</li> <li>• Percentuale di Aziende sanitarie che hanno prodotto materiale dedicato alle informazioni sul percorso nascita</li> </ul>

- Garantire un'assistenza tecnicamente adeguata e tempestiva, durante la gravidanza, il parto e il puerperio

<i>Obiettivi</i>	<i>Azioni</i>	<i>Indicatori</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantire equità dell'accesso e della disponibilità di interventi complessi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riduzione dei tempi di attesa per la prima visita ostetrica</li> <li>• Possibilità di accesso a consulenze prenatali, amniocentesi ed ecografie morfologiche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentuale (rispetto ai nati del territorio aziendale e regionale) di gravidanze seguite dal SSN rispetto al totale dei nati vivi, e n. di visite per gravidanza</li> <li>• Tempi di accesso medio alla prima visita (ripartiti per Azienda e tipologia di accesso – consultori, ambulatori GAR, consultori per stranieri, ambulatori divisionali, ecc.)</li> <li>• Percentuale di gravide seguite dal SSN che hanno potuto accedere a consulenze prenatali, amniocentesi ed ecografie morfologiche in strutture pubbliche o convenzionate</li> <li>• Percentuale di gravide che hanno avuto un'assistenza prenatale non adeguata (indice di Kessner)</li> <li>• Percentuale di clienti soddisfatte</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salvaguardare la gravida e il neonato</li> <li>• Ridurre la mortalità materna</li> <li>• Ridurre la mortalità perinatale</li> <li>• Ridurre le nascite di basso peso</li> <li>• Garantire che almeno l'80% delle gravide e dei neonati ad alto rischio siano assistiti al III livello</li> <li>• Ridurre i tagli cesarei in particolare nelle strutture di I e II livello</li> <li>• Promuovere il parto a domicilio e nelle case di maternità nelle gravidanze a basso rischio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attuazione L.R. 26/1998</li> <li>• Riconversione della rete ospedaliera entro il triennio e rispetto degli standard del I, II e III livello</li> <li>• Afferenza al punto nascita competente per bisogni di salute</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevalenza della infezione da HIV: n. di gravide HIV+ per 10.000 nati vivi</li> <li>• Mortalità materna: n. di morti materne per 10.000 nati vivi</li> <li>• Mortalità perinatale (scomposta anche in mortalità fetale, natimortalità, neonatale precoce e tardiva)</li> <li>• Basso peso alla nascita: percentuale di neonati &lt;2.500 g</li> <li>• Peso molto basso alla nascita: percentuale di neonati &lt;1.500 g</li> <li>• Percentuale di gravide e neonati ad alto rischio rispetto al totale dei nati vivi assistiti al III livello</li> <li>• Percentuale di TC per livello</li> <li>• Percentuale (a livello aziendale e regionale) di parti a domicilio e nelle case di maternità</li> <li>• Percentuale di clienti soddisfatte</li> </ul>

- Promuovere il parto fisiologico e umanizzato

<i>Obiettivi</i>	<i>Azioni</i>	<i>Indicatori</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promuovere il parto fisiologico e umanizzato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presenza di una persona scelta dalla donna durante il travaglio e il parto</li> <li>• Attivazione di percorsi facilitanti il contatto precoce madre-bambino (in sala parto)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentuale di parti con presenza di persona indicata dalla donna</li> <li>• Percentuale di Aziende sanitarie che hanno attivato percorsi di contatto precoce</li> <li>• Percentuale di clienti soddisfatte</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promuovere l'allattamento al seno</li> <li>• Incrementare nel corso del triennio la percentuale di allattamento precoce al seno (entro le 24 ore)</li> <li>• Verificare iniziative di promozione della pratica dell'allattamento al seno oltre il 3° mese</li> <li>• Promuovere interventi di sostegno alla maternità e all'allattamento al seno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attivazione di percorsi facilitanti il contatto madre-bambino nel primo puerperio</li> <li>• <i>Rooming-in</i></li> <li>• Attivazione di percorsi facilitati in puerperio (a domicilio)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentuale di Aziende sanitarie che hanno attivato percorsi</li> <li>• Percentuale di Aziende sanitarie che permettono <i>rooming-in</i></li> <li>• Percentuale (a livello aziendale e regionale) di allattamento al seno alla dimissione sul totale dei nati</li> <li>• Percentuale di clienti soddisfatte</li> <li>• Percentuale di Aziende sanitarie che hanno attivato percorsi</li> <li>• Percentuale di donne (a livello aziendale e regionale) assistite nel post-nascita</li> <li>• Percentuale delle donne (a livello aziendale e regionale) che allattano dopo il terzo mese</li> <li>• Percentuale di clienti soddisfatte</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promuovere il parto a domicilio e nelle case di maternità nelle gravidanze a basso rischio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attuazione L.R. 26/1998</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentuale (a livello aziendale e regionale) di parti a domicilio e nelle case di maternità</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualificare il personale e le strutture</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attivazione di corsi di qualificazione (corso 40h UNICEF)</li> <li>• Adesione iniziativa OMS - UNICEF "Ospedale Amico dei Bambini"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentuale di Aziende sanitarie che hanno attivato corsi</li> <li>• Percentuale di Aziende sanitarie che hanno aderito</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantire la dimissione protetta delle dimissioni precoci</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attivazione della rete sanitario-ospedaliera-territoriale e sociale per il rientro a domicilio della madre e del neonato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentuale di neonati con patologie assistite a domicilio (a livello aziendale e regionale)</li> </ul>

#### **6.4. Tutelare la fertilità attraverso la prevenzione, la diagnosi e la terapia della sterilità singola e di coppia, ridurre l'incidenza, garantendo i percorsi di accesso ai Servizi e ai centri specialistici di riferimento di II e III livello**

##### **6.4.1. Premessa**

Il termine infertilità supera la vecchia classificazione di sterilità primitiva e secondaria, considerando tutte le situazioni che non consentono di avere un figlio.

La popolazione infertile è costituita dal 10-15% delle coppie e secondo le stime dell'OMS, nel 2000 ci saranno 60-80 milioni di coppie infertili nel mondo (*Tabella 5*).

In Italia è stato calcolato che vi siano ogni anno 50-70 mila coppie con problemi di infertilità, di cui un 40% richiede una consulenza specialistica, e un 30% a cui viene diagnosticata una situazione di sterilità.

Tali stime rendono ragione della rilevanza medico-sociale che il problema riveste in quanto coinvolge un ampio settore della popolazione.

Due fattori sono sicuramente importanti nell'incidenza di questo fenomeno: l'aumento dell'età media in cui viene cercata la prima gravidanza (specie nei paesi industrializzati) e la diffusione di malattie a trasmissione sessuale che compromettono l'integrità degli organi riproduttivi.

È evidente quindi che la gestione del problema infertilità deve inserirsi in un ampio programma di salute riproduttiva che, in sintonia con le considerazioni della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo (Cairo, 1994), si ispiri alla seguente definizione.

*“La salute riproduttiva è uno stato di benessere completo, fisico e psichico, mentale e sociale, e non solo di assenza di malattia o infermità, legato al sistema riproduttivo, alle sue funzioni e ai suoi processi.*

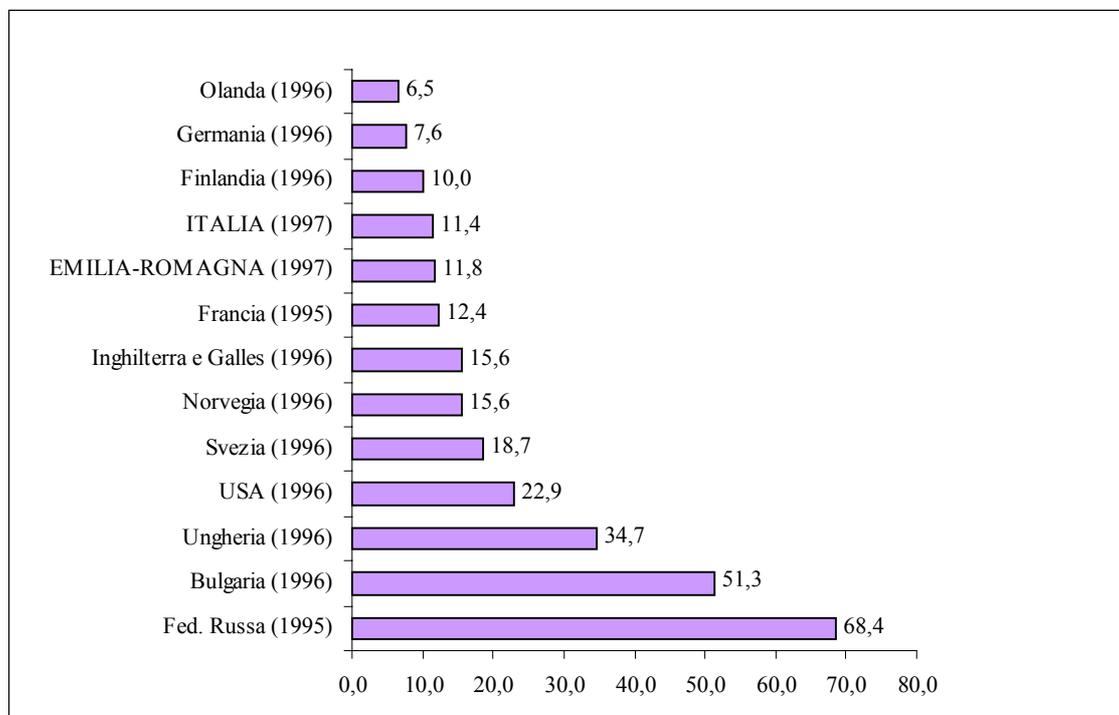
*La salute riproduttiva, pertanto, implica che le persone siano in grado di avere una vita sessuale sana e soddisfacente e che abbiano la capacità di riprodursi e la libertà di decidere se, quando e quanto farlo.*

*... La cura della salute riproduttiva è definita come una costellazione di metodi, tecniche e servizi che contribuiscono alla salute stessa, prevenendo e risolvendo i problemi legati ad essa. Ciò include anche la salute sessuale, e non solo semplici consigli e cure relativi alla riproduzione e alle malattie sessualmente trasmesse. ...”*

Nello specifico dell'infertilità di coppia, negli ultimi anni si è assistito allo sviluppo di complesse tecnologie di riproduzione medico-assistita (PMA) che hanno cambiato le prospettive della terapia. La PMA (dall'inseminazione intrauterina alla iniezione intracitoplasmatica degli spermatozoi) ha aperto orizzonti insperati nel trattamento di alcune forme di sterilità.

Malgrado ciò, molti fenomeni alla base di una discreta percentuale di casi di sterilità rimangono sconosciuti, e sono ancora elevati gli insuccessi della PMA.

Tabella 5. Tasso di abortività per 1.000 donne in età 15-44 anni, 1995-1997



Fonte: Ministero della sanità, "Relazione del Ministero della sanità sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria della gravidanza (Art. 16 Legge 22 maggio 1978, n. 194) - Dati preliminari 1998 - Dati definitivi 1997", Roma, 1999, p. 10.

#### 6.4.2. Procreazione medico-assistita in Italia

Attualmente esistono due Circolari del Ministero della sanità: la prima, dell'1/3/1985, vieta l'utilizzo di tutte le forme eterologhe di PMA nell'ambito delle strutture pubbliche; la seconda, del 27/4/1987 (con l'aggiornamento del 10/4/1992), fornisce indicazioni sugli *screening* da adottare nelle coppie sottoposte a tecniche di PMA al fine di prevenire la trasmissione di diverse infezioni (HIV, Lue, HBsAg, HCV, Gonococco, *Herpes genitalis*, *Chlamydia trachomatis*).

Il vuoto normativo esistente costringe il singolo medico a scegliere secondo coscienza cosa fare, quando farlo e su quali pazienti. Al vuoto normativo si aggiunge la complessità degli aspetti etici della PMA: un complesso di valori e norme che dovrebbero essere dinamicamente accolti da una coscienza responsabile della propria progettualità.

I valori in gioco sono quindi molteplici (dalla fecondità che va ben oltre la semplice riproduttività biologica, alle relazioni affettivo-sessuale della coppia, alla vita dell'embrione) e richiedono un uso corretto e consapevole della medicina della riproduzione fin dai primi passi del percorso diagnostico.

#### **6.4.3. Percorso infertilità**

Questo progetto mira a due obiettivi principali:

1. sul piano sanitario, a migliorare la qualità del percorso diagnostico con l'utilizzo di un protocollo corretto e semplificato e con l'attivazione di una migliore integrazione territorio-ospedale;
2. sul piano psicosociale, a tutelare la salute psichica della coppia, e ad aumentare la consapevolezza di scelte informate e responsabili, con la finalità di evitare percorsi che potrebbero compromettere la vita sessuale della coppia o avere come risultato una famiglia a rischio, grazie ad un'attenta modalità di presa in carico.

Il Consultorio familiare, collegato agli altri servizi territoriali, rappresenta la struttura di base che può garantire il raggiungimento di questi obiettivi, con una presa in carico della coppia infertile che li comprenda entrambi, riservando all'ospedale le competenze ad alta specializzazione o che richiedono il ricovero.

Anche la PMA non va vista come un problema esclusivamente tecnico-scientifico; va evidenziata l'opportunità di coglierne la dimensione psicologica e la necessità che sin dall'inizio del percorso procreativo si possa fare riferimento ad una struttura di sostegno che si faccia carico di questa dimensione.

Il Consultorio familiare, quindi, va inteso come luogo che accoglie e segue la coppia sterile e ne è punto di riferimento in tutte le fasi del percorso.

#### **6.4.4. Piano di impegni per una prevenzione**

Nell'ambito della vasta area che interessa le problematiche riproduttive, fino ad oggi i consultori hanno dedicato l'impegno maggiore alla diffusione e alla cultura delle tecniche di controllo della fertilità, alla tutela della gravidanza e all'applicazione della Legge 194.

Sul versante delle consulenze e prestazioni relative a problemi di infertilità, non sono per ora disponibili dati significativi, sia per la diffusa mancanza della voce sterilità/infertilità nelle schede di rilevazione dati, sia per l'orientamento culturale e scientifico dei servizi consultoriali.

Vista l'entità del problema infertilità è necessario un aggiornamento in tal senso, dal momento che i consultori possono rappresentare quel primo livello di prevenzione, intervento e presa in carico del problema infertilità, con modalità che per tradizione non sono mai solo strettamente sanitarie.

I Consultori familiari possono svolgere le seguenti azioni.

Azioni
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informazione/formazione rivolta ai medici di base</li> <li>• Consulenza riproduttiva specifica, finalizzata alla diagnosi precoce di situazioni di rischio (abortività ripetute, fattori iatrogeni femminili e maschili, ecc.)</li> <li>• Presa in carico precoce della coppia fertile (sia sul piano sanitario che psico-sociale)</li> <li>• Nello specifico della prevenzione, i Consultori familiari (Spazi Giovani) possono integrare i progetti di formazione rivolti agli adolescenti nelle scuole con un progetto infertilità, per dare una informazione corretta e puntuale circa i rapporti esistenti fra sterilità e: <ul style="list-style-type: none"> <li>- età</li> <li>- malattie sessualmente trasmesse</li> <li>- contraccezione</li> <li>- interruzione di gravidanza</li> <li>- fattori ambientali</li> <li>- farmaci e droghe</li> </ul> </li> </ul>

## **6.5. Garantire consulenza, assistenza e percorsi socio sanitari adeguati ai bisogni delle donne e delle coppie al fine di prevenire le gravidanze indesiderate. Contracezione**

### **6.5.1. Analisi del problema**

Il tema della contraccezione ha peculiarità tali da non poter rientrare in una logica solo di tipo sanitario: esso attiene ed è fortemente influenzato dalla condizione femminile, dai problemi di maternità e dalle relazioni di coppia.

Questi sembrano essere stati i presupposti, ampiamente confermati, della ricerca sui comportamenti contraccettivi che la Regione Emilia-Romagna ha commissionato alla fine degli anni '80 alle ricercatrici della Cooperativa Le Nove; non a caso il titolo della stessa è "I percorsi del cambiamento".

Quella ricerca, che ha 10 anni, è l'unico punto di riferimento che abbiamo per un'analisi delle scelte contraccettive delle donne e degli uomini della nostra regione. Emerge il dato di comportamenti contraccettivi diffusi (anche se la contraccezione sicura era effettuata dal 18% della popolazione), sorretti da una ampia informazione. Si registra inoltre la presenza di una forte etica della procreazione e di un'immagine precisa di solidità femminile intorno alla doppia presenza.

La sessualità come diritto individuale e la maternità come scelta non obbligata sono i presupposti da cui partono i percorsi contraccettivi e le scelte procreative, percorsi e scelte ancora problematici e molto meno razionali del previsto.

La scarsa medicalizzazione contraccettiva sembra essere collegata a scelte di tutela della propria salute e a percorsi, personali e di coppia, più articolati, con l'utilizzo di metodiche diverse nelle varie fasi della vita riproduttiva.

La ricerca ha analizzato anche l'uso del consultorio: è emerso che l'esistenza del consultorio ed il frequentarlo o meno è una variabile che incide sui percorsi contraccettivi delle donne.

Dal 1989 l'attività di informazione e consulenza contraccettiva dei Consultori familiari è aumentata notevolmente soprattutto sul *target* giovani (grazie anche agli Spazi Giovani che, nati nel 1989, nel 1998 risultano essere 21), anche se le utenti annuali per contraccezione sono diminuite (dal 6% della popolazione *target* riferito nella ricerca al 3,8% del 1998). La diminuzione delle utenti annuali per contraccezione non significa necessariamente una minore presenza del Consultorio familiare in questo settore di attività; infatti i protocolli di assistenza alla contraccezione medica e meccanica sono di fatto modificati e la visita annuale (o addirittura semestrale) attualmente non costituisce la regola.

L'unico dato che abbiamo a disposizione per valutare l'efficacia delle scelte contraccettive della popolazione regionale è l'andamento del fenomeno della interruzione volontaria di gravidanza (IVG). Dal 1989, anno della ricerca, il tasso di abortività (numero di IVG su 1.000 donne in età feconda) delle donne residenti è passato da 12,9 a 10,2, continuando a diminuire dai primi anni di applicazione della legge e attestandosi su valori buoni anche su un confronto internazionale (*Tabella 5*).

Dal 1994, l'analisi dei dati delle IVG tra le donne residenti in Emilia-Romagna (*Tabella 6*) evidenzia una quota sempre maggiore di popolazione con cittadinanza straniera: si passa da un 8,1% nel 1994 al 15,3% nel 1998. Questo dato è confermato anche a livello nazionale. Da stime effettuate dall'Università Statale di Milano il tasso di abortività delle donne straniere risultava nel 1998 del 17%.

È evidente che le donne immigrate hanno identità, percorsi di emancipazione, substrati etici, culturali e religiosi che determinano comportamenti sessuali e riproduttivi diversi rispetto alla nostra popolazione.

L'esperienza degli spazi consultoriali per donne e bambini immigrati, attivati nelle città della nostra regione più coinvolte dal fenomeno migratorio (Bologna, Modena, Reggio Emilia, Parma, Ravenna, Rimini e Forlì), è stata rilevante e ha consentito, anche tramite l'utilizzo costante della mediazione linguistica e culturale, sia una migliore

assistenza alle donne straniere con problematiche riproduttive, sia la formazione di personale esperto che è un'utile risorsa per la formazione degli operatori di tutti i consultori, poiché il fenomeno immigrazione è di fatto diffuso su tutto il territorio e non solo concentrato nelle città capoluogo.

È da tenere in conto anche che la scienza nell'ambito della contraccezione non ha fatto sostanziali passi in avanti: di fatto non è aumentata la gamma di metodiche sicure e la contraccezione maschile è ancora un mito. Inoltre, per carenze legislative mai affrontate opportunamente, la sterilizzazione maschile e femminile, seppure praticata, non è un'opportunità accessibile a tutte le coppie che vorrebbero utilizzarla.

#### ***6.5.2. Determinanti e fattori di rischio che svolgono un ruolo importante nella genesi del problema***

Come abbiamo visto dalla premessa, la tematica della contraccezione è molto complessa ed è influenzata da più fattori:

- percorsi di identità femminile,
- problemi legati alle scelte di maternità,
- relazioni di coppia,
- fattori socio-economici,
- fattori culturali e religiosi,
- metodiche contraccettive diverse e accessibili, che possano rispondere alle esigenze di sicurezza, affidabilità, efficacia, economicità, facilità d'uso che le coppie nelle varie fasi della vita riproduttiva presentano,
- qualità dei servizi socio-sanitari deputati all'assistenza contraccettiva.

Tabella 6. IVG in Emilia-Romagna

Azienda USL	Certificati rilasciati dal Consultorio familiare			Certificati e IVG: confronto fra 1997 e 1998 donne immigrate			IVG effettuate nell'anno da donne residenti			% certificati rilasciati dal Consultorio familiare su totale IVG effettuate		
	1997	1998	Variazione %	1997	1998	Variazione %	1997	1998	Variazione %	1997	1998	Variazione %
Piacenza	109	151	38,5	33	26	-21,2	423	439	3,8	25,8	34,4	8,6
Parma	432	467	8,1	80	130	62,5	1.016	966	-4,9	42,5	48,3	5,8
Reggio Emilia	275	362	31,6	64	109	70,3	1.008	1.143	13,4	27,3	31,7	4,4
Modena	792	887	12	170	179	5,3	1.614	1.635	1,3	49,1	54,3	5,2
Bologna Sud	184	158	-14,1	13	12	-7,7	605	583	-3,6	30,4	27,1	-3,3
Imola	204	174	-14,7	20	27	35	291	242	-16,8	70,1	71,9	1,8
Bologna Nord	91	59	-35,2	1	3	200	461	412	-8,6	20,2	14,3	-5,9
Città di Bologna	557	706	26,6	24	140	483,3	1.021	1.143	11,9	54,6	61,8	7,2
Ferrara	352	443	25,9	9	7	-22,2	675	725	7,4	52,1	61,1	9
Ravenna	253	299	18,2	37	45	21,6	770	614	5,7	32,9	36,7	3,9
Forlì	177	185	4,5	NR	16	NR	332	309	-6,9	53,3	59,9	6,6
Cesena	119	130	9,2	8	21	162,5	333	325	-2,4	35,7	40	4,3
Rimini	418	517	23,7	108	115	6,5	650	574	-11,7	64,3	90,1	25,8
Non indicato							25	14				
<b>Totale RER</b>	<b>3.963</b>	<b>4.538</b>	<b>14,5</b>	<b>567</b>	<b>832</b>	<b>46,7</b>	<b>9.214</b>	<b>9.324</b>	<b>1,2</b>	<b>43</b>	<b>48,7</b>	<b>5,7</b>

### 6.5.3. Interventi risultati efficaci nel ridurre il fenomeno (ricorso all'aborto volontario)

È ormai assodato che una buona educazione sessuale e una buona informazione contraccettiva su *target* mirati di popolazione sono utili nel produrre scelte contraccettive e riproduttive responsabili.

È inoltre indispensabile la presenza di servizi (Consultori familiari, Spazi Giovani consultoriali) accessibili sul territorio e con caratteristiche di accoglienza e di qualità della consulenza tali da sostenere e promuovere le scelte procreative nelle varie fasi della vita riproduttiva e di coppia, nel rispetto delle scelte culturali, etiche e religiose dei singoli.

La corretta applicazione della Legge 194 è risultato un intervento molto efficace nel ridurre drasticamente il ricorso all'aborto volontario e all'aborto clandestino.

Obiettivi	Azioni
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenere e rafforzare le conoscenze diffuse nella popolazione sulle metodiche contraccettive, con particolare attenzione a <i>target</i> significativi quali i giovani, la popolazione immigrata, le donne e le coppie che hanno avuto da poco una gravidanza</li> <li>• Qualificare ulteriormente i servizi consultoriali deputati all'assistenza e all'informazione contraccettiva con particolare attenzione all'accessibilità, alla qualità dell'accoglienza e della consulenza, alla qualità dell'educazione sanitaria fornita sui <i>target</i> specifici e all'integrazione con i medici di medicina generale</li> <li>• Ridurre il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza</li> <li>• Aumentare il dibattito nella società su queste tematiche, promovendo ed aggiornando iniziative di ricerca sull'influenza dei fattori socio-culturali sulle scelte riproduttive della popolazione attuale della nostra regione (che si è modificata per i fenomeni recenti di immigrazione dall'estero e dal Sud Italia)</li> <li>• Aumentare la sensibilità del mondo scientifico sulla ricerca di nuove metodiche contraccettive (maschili e femminili) e contragestive</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formare il personale consultoriale sulla consulenza contraccettiva (con particolare attenzione ai <i>target</i> immigrati, giovani, donne che hanno appena effettuato una IVG o che hanno partorito da poco) e sulla valutazione degli interventi di educazione sanitaria</li> <li>• Promuovere interventi di educazione sessuale e sanitaria su <i>target</i> specifici di popolazione, in collaborazione con altri enti pubblici e privati</li> <li>• Promuovere un aggiornamento della ricerca sui percorsi contraccettivi della popolazione di riferimento</li> <li>• Promuovere la ricerca di nuove metodiche contraccettive soprattutto maschili</li> <li>• Sensibilizzare il mondo politico sull'esigenza di legiferare sulla sterilizzazione maschile e femminile al fine di rendere tale metodica effettivamente accessibile alle coppie che la scelgono</li> </ul>

## 6.6. Garantire un adeguato sostegno alle donne nelle situazioni di difficoltà sociali o relazionali che ostacolano l'accettazione della gravidanza. Legge 22 maggio 1978 n. 194

### 6.6.1. Analisi del problema

<i>Dati regionali</i>	
Tasso di abortività (IVG per 1.000 donne in età feconda):	da 21,8 nel 1980 a 10 nel 1997
Rapporto di abortività (IVG per 1.000 nati vivi):	da 66,6 nel 1980 a 32,8 nel 1997
Tasso di natalità (nati vivi per 1.000 abitanti):	da 7,7 nel 1980 a 7,6 nel 1997

Fonte dati: Dipartimento sicurezza sociale studi e documentazione – Regione Emilia-Romagna.

<i>Dati nazionali</i>	
Tasso di abortività (IVG per 1.000 donne):	da 16,1 nel 1980 a 9,4 nel 1996

Fonte dati: ISTAT.

I risultati ottenuti dall'applicazione della Legge 194 non vanno sottovalutati. In particolare va ricordata anche la riduzione fino a numeri poco significativi, nella nostra regione, degli aborti clandestini, che nel mondo provoca tuttora la morte di 100-200.000 donne all'anno.

Il confronto con le altre nazioni europee non è semplice per la mancanza di dati accurati (un risultato positivo della nostra legge è una raccolta di dati che permette un'analisi dettagliata del problema) e per la loro disomogeneità. Da alcuni lavori pubblicati si ricavano i seguenti tassi di abortività:

- Finlandia 7,9 (1990)
- Scozia 9,9 (1989)
- Inghilterra 15 (1990)
- Danimarca 14,4 (1993)
- Svezia 17 (1993)

### **6.6.2. Determinanti e fattori di rischio che svolgono un ruolo importante nella genesi del problema**

- Scarsa conoscenza dei metodi contraccettivi e delle norme da seguire per il loro utilizzo (quote di popolazione ancora poco informate).
- Condizioni lavorative che non consentono di realizzare un desiderio di maternità presente.
- Condizioni familiari (vedi divisione del lavoro domestico e di cura tra i *partner*) che ostacolano scelte procreative libere.
- Condizioni sociali che non promuovono la nascita e rendono difficoltosa la vita quotidiana delle famiglie con bimbi piccoli.
- La ricerca sui metodi contraccettivi è di fatto ferma: non esistono da molti anni proposte alternative ai metodi contraccettivi più utilizzati (IUD, pillola, *condom*) che pure presentano controindicazioni, effetti collaterali e tassi di fallimento significativi.
- Difficoltà psicologica della donna nel distinguere il desiderio di gravidanza dal desiderio di maternità.
- Società complessivamente ostile: si percepisce una diffusa disapprovazione per le famiglie numerose e per le giovani coppie che decidono di procreare presto.
- L'aumento della popolazione immigrata ha di fatto aumentato il numero delle nascite ma anche quello delle interruzioni volontarie di gravidanza.

### **6.6.3. Interventi risultati efficaci nel ridurre il ricorso all'aborto volontario**

- Introduzione della Legge 194.
- Servizi consultoriali efficienti, diffusi sul territorio.
- Educazione sessuale rivolta ai giovani (alla scelta e alla responsabilità anche nella paternità e maternità).
- Adeguata offerta di una gamma di metodi contraccettivi efficaci.
- Consulenza contraccettiva personalizzata per individuare il metodo più opportuno per quella donna/coppia in quel determinato momento della vita.
- Interventi sociali che promuovano e agevolino le scelte di maternità e paternità.

<i>Obiettivi</i>	<i>Azioni</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ridurre ulteriormente il rapporto di abortività</li> <li>• Individuare metodiche abortive meno invasive e più rispettose della <i>privacy</i> delle donne</li> <li>• Ridurre il ricorso all'anestesia generale per l'intervento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenziare e riqualificare gli interventi consultoriali sull'educazione alla sessualità, alla maternità e alla paternità responsabili</li> <li>• Potenziare e riqualificare l'offerta di consulenza contraccettiva (in ambito consultoriale) ai giovani, alla popolazione immigrata, alle coppie che effettuano un'interruzione di gravidanza o che hanno da poco avuto un/a bimbo/a</li> <li>• Produrre materiale informativo specifico per i vari <i>target</i> di popolazione</li> <li>• Individuare azioni concrete di sostegno alle maternità difficili, anche in collaborazione con il volontariato</li> <li>• Promuovere la ricerca di nuove metodiche contraccettive anche maschili, contragestive e abortive</li> <li>• Promuovere interventi di riqualificazione del personale che esegue l'intervento, per ridurre gli interventi in anestesia generale e promuovere nuove metodiche di analgesia per gli interventi in locale</li> <li>• Promuovere la tematica della sterilizzazione maschile e femminile</li> <li>• Promuovere in tutta la società (mondo del lavoro, commercio, scuola, ecc.) una cultura della scelta e della responsabilità, ma anche di accoglienza della nascita e di valorizzazione (non commerciale) dell'infanzia</li> <li>• Potenziare i servizi per l'infanzia in tutte le città e i paesi e renderli adeguati alle esigenze delle famiglie</li> </ul>



## ALLEGATI



Allegato 1. Esempi di patto di solidarietà per la salute: Salute delle donne anziane

Un patto su: SALUTE DONNE ANZIANE	I governi nazionali e regionali e le autorità centrali possono	Le autorità locali e le Aziende sanitarie possono	Gli individui singoli o associati possono
<i>Sui determinanti socio-economici</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promuovere iniziative per migliorare le condizioni socio-economiche degli anziani (revisione del settore delle pensioni)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Favorire forme di coinvolgimento del volontariato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Favorire la partecipazione delle donne a tutte le possibilità offerte dalla società</li> </ul>
<i>Sui determinanti ambientali</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promuovere programmi abitativi economicamente accessibili</li> <li>Promuovere l'introduzione di nuove tecnologie a livello domestico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promuovere iniziative rivolte a migliorare l'accessibilità negli edifici e nei quartieri</li> <li>Avviare un'analisi conoscitiva sulle condizioni abitative degli anziani</li> <li>Incrementare la rete dei trasporti per favorire la partecipazione</li> <li>Promuovere i piani di sicurezza urbana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promuovere azioni di stimolo nei confronti dell'ente locale sulle problematiche abitative</li> <li>Utilizzare la possibilità di trasporto pubblico</li> </ul>
<i>Sui determinanti legati allo stile di vita</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promuovere iniziative che incentivino relazioni multigenerazionali nella politica, nei programmi di sviluppo e negli organi decisionali a tutti i livelli</li> <li>Promuovere campagne con il coinvolgimento dei <i>mass media</i> che propongano nuovi modelli culturali</li> <li>Promuovere strategie di prevenzione primaria e secondaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promuovere, coordinare e sostenere programmi di valorizzazione delle risorse umane</li> <li>Promuovere l'attivazione di centri sociali</li> <li>Promuovere iniziative di turismo per anziani</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partecipare ai lavori socialmente utili</li> <li>Promuovere attività relazionali e sociali innovative</li> <li>Aderire a stili di vita sani (corretta alimentazione, attività fisica, evitare il fumo)</li> </ul>
<i>Sui determinanti legati ai servizi sanitari</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promuovere osservatori permanenti su aspetti funzionali, economici e di qualità dell'assistenza erogata agli anziani</li> <li>Promuovere tutti gli interventi a favore della popolazione anziana</li> <li>Promuovere la collaborazione nell'ambito della ricerca biomedica e sociale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sostenere le famiglie e le reti di aiuto informali</li> <li>Promuovere la prevenzione della non-autosufficienza in tutte le età della vita</li> <li>Promuovere la semplificazione dei percorsi di rete</li> <li>Contrastare le principali patologie</li> <li>Sviluppare programmi educativi per la salute</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promuovere gruppi di auto-aiuto</li> </ul>

Allegato 2. Esempi di patto di solidarietà per la salute: Abuso e maltrattamento

Un patto su: ABUSO E MALTRATTAMENTO	I governi nazionali e regionali e le autorità centrali possono	Le autorità locali e le Aziende sanitarie possono	Gli individui singoli o associati possono
<i>Sui determinanti socio-economici</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Approvare leggi e programmi di promozione delle pari opportunità tra uomini e donne</li> <li>• Approvare norme specifiche a protezione e supporto delle vittime di violenza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stipulare convenzioni o contratti con le associazioni del settore</li> <li>• Sviluppare interventi di promozione delle PO e di supporto alle vittime</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fare interventi di denuncia dello squilibrio di potere tra i generi</li> <li>• Sostenere le associazioni del settore</li> </ul>
<i>Sui determinanti ambientali</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promuovere programmi (scuole, <i>mass media</i>, ecc.) di analisi della differenza di genere e di contrasto dei comportamenti violenti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizzare programmi e corsi per operatori e per bambini/ragazzi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fare interventi di denuncia dello squilibrio di potere tra i generi</li> <li>• Sostenere le associazioni del settore</li> </ul>
<i>Sui determinanti legati allo stile di vita</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sviluppare a livello centrale e promuovere a livello locale campagne tipo “<i>No tolerance</i>” sulla violenza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizzare campagne di sensibilizzazione dei cittadini sul tema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fare interventi di denuncia dello squilibrio di potere tra i generi</li> <li>• Sostenere le associazioni del settore</li> </ul>
<i>Sui determinanti legati ai servizi sanitari</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inserire il problema violenza tra i problemi che hanno effetti determinanti sulla salute negli atti di programmazione e indirizzo degli interventi sanitari</li> <li>• Attivare e coordinare ricerche a livello nazionale e regionale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizzare ricerche specifiche per individuare le donne che subiscono violenza e gli effetti sulla loro salute</li> <li>• Realizzare protocolli di lavoro intersettoriali sul tema</li> <li>• Lavorare in collaborazione con le associazioni del settore</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promuovere e partecipare ad associazioni di volontariato di settore</li> <li>• Se operatori di servizi che entrano in contatto con la violenza, partecipare a formazione e programmi di intervento</li> </ul>

Allegato 3. Esempi di patto di solidarietà per la salute: Salute riproduttiva dei cittadini

Un patto su: SALUTE RIPRODUTTIVA DEI CITTADINI	I governi nazionali e regionali e le autorità centrali possono	Le autorità locali e le Aziende sanitarie possono	Gli individui singoli o associati possono
<i>Sulle pari possibilità di soluzione dei problemi riproduttivi tra le classi economico-sociali</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ridurre la disuguaglianza sociale ed economica</li> <li>• Favorire gli accessi a centri di accoglienza per problemi di sterilità</li> <li>• Finanziare le campagne di informazione</li> <li>• Finanziare studi epidemiologici dei fenomeni di e legati alla infertilità di coppia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stipulare convenzioni con centri di accoglienza delle coppie infertili di altre organizzazioni aziendali</li> <li>• Potenziare i centri di accoglienza per la procreazione medicalmente assistita in commisurazione alla domanda territoriale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sottoscrivere donazioni per studi, ricerca e assistenza</li> <li>• Partecipare maggiormente come cittadini a livello pubblico</li> <li>• Contribuire con riunioni formali all'etica della cura nel campo della sterilità</li> </ul>
<i>Sui determinanti organizzativi loco-regionali</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definire norme per la prevenzione della sterilità al fine di ridurre il fenomeno della infertilità di coppia</li> <li>• Organizzare reti di presa in carico delle coppie sterili capaci di svolgere l'intero processo diagnostico-terapeutico di ogni livello, anche mediante convenzioni con altre aziende</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controllare il rispetto delle norme sulla tutela della salute riproduttiva nelle scuole e sul lavoro</li> <li>• Verificare l'efficienza delle proprie reti di presa in carico delle coppie sterili</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sollecitare la tutela della salute riproduttiva</li> <li>• Impegnarsi soggettivamente e sollecitare campagne di promozione della scelta riproduttiva in età biologicamente - e non socialmente - utile allo scopo</li> <li>• Chiedere alle istituzioni impegni non assistenziali ma strutturali per la tutela della maternità in età <i>under 30</i></li> </ul>
<i>Sui determinanti legati allo stile di vita</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introdurre nei programmi lo studio, sulle tendenze di desiderio di genitorialità delle giovani coppie</li> <li>• Promuovere campagne di educazione alla salute riproduttiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promuovere campagne di educazione alla salute riproduttiva</li> <li>• Concretizzare l'impegno nelle campagne attraverso strumenti adeguati per la comunicazione del rischio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aderire a stili di vita sani</li> <li>• Partecipare alle campagne di educazione alla salute</li> <li>• Partecipare alla verifica delle iniziative sociali per la riduzione dell'età della prima gravidanza</li> </ul>
<i>Sui determinanti legati ai servizi sanitari</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promuovere campagne di promozione alla tutela della salute riproduttiva</li> <li>• Creare un registro loco-regionale su <i>standard</i> nazionali e transnazionali di rilevamento dei fenomeni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulare linee guida per diagnosi, terapia e assistenza della coppia infertile</li> <li>• Avviare programmi di educazione alla salute riproduttiva</li> <li>• Creare un sistema di controllo della qualità dei programmi attivati</li> <li>• Inviare puntualmente i dati al registro</li> <li>• Incoraggiare lo strumento degli <i>audit</i> medici sui casi di fallimento del sistema di assistenza e cura dei problemi in oggetto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aderire ai programmi di sensibilizzazione sociale sul problema della bassa natalità nazionale</li> <li>• Promuovere e partecipare ad attività di volontariato per migliorare la qualità della vita</li> <li>• Giocare un ruolo attivo nella famiglia a sostegno delle giovani madri</li> <li>• Disseminare cultura persona a persona</li> </ul>

Allegato 4. Esempi di patto di solidarietà per la salute: Contraccezione

Un patto su: CONTRACCEZIONE	I governi nazionali e regionali e le autorità centrali possono	Le autorità locali e le Aziende sanitarie possono	Gli individui singoli o associati possono
<i>Sui determinanti socio-economici e culturali</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ridurre la disuguaglianza sociale ed economica</li> <li>• Favorire la scolarizzazione</li> <li>• Rendere economicamente accessibili anche alla popolazione più svantaggiata tutte le metodiche contraccettive</li> <li>• Promuovere e aggiornare ricerche sulle determinanti socio-culturali che influenzano le scelte contraccettive dei singoli nella nostra regione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rendere economicamente accessibili anche alla popolazione più svantaggiata tutte le metodiche contraccettive</li> <li>• Migliorare l'intervento sulle situazioni problematiche in stretta integrazione col servizio sociale</li> <li>• Promuovere incontri di discussione e conoscenza sugli aspetti culturali, etici e religiosi che condizionano le scelte contraccettive e riproduttive dei singoli</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promuovere incontri di discussione e conoscenza sugli aspetti culturali, etici e religiosi che condizionano le scelte contraccettive e riproduttive dei singoli</li> <li>• Partecipare alle iniziative di confronto culturale sulle scelte riproduttive e alle eventuali ricerche avviate</li> </ul>
<i>Sui determinanti legati allo stile di vita e alle scelte dei singoli</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promuovere campagne di educazione alla salute sessuale e alla procreazione responsabile</li> <li>• Promuovere la presenza di servizi consultoriali efficienti e accessibili in tutto il territorio di competenza</li> <li>• Promuovere la ricerca per rendere accessibili nuovi metodi contraccettivi più sicuri e rivolti anche alla popolazione maschile</li> <li>• Promuovere una legge nazionale che consenta la scelta della sterilizzazione maschile e femminile da parte dei singoli soggetti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promuovere campagne di educazione alla salute sessuale e alla procreazione responsabile, mirati a <i>target</i> specifici di popolazione con produzione di materiale informativo adeguato</li> <li>• Garantire la presenza di servizi consultoriali efficienti e accessibili in tutto il territorio di competenza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aderire a stili di vita sani relativamente alle scelte procreative</li> <li>• Partecipare alle campagne di educazione alla salute</li> <li>• Promuovere nelle nuove generazioni una sessualità consapevole e sicura</li> </ul>
<i>Sui determinanti legati ai servizi sanitari</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promuovere la presenza di servizi consultoriali efficienti e accessibili in tutto il territorio di competenza</li> <li>• Promuovere momenti di confronto e formazione degli operatori consultoriali sulla tematica della consulenza contraccettiva su <i>target</i> di popolazione specifici</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulare linee guida sulla consulenza e assistenza contraccettiva, e avviare interventi di implementazione e verifica delle stesse</li> <li>• Diffondere le linee guida anche ai medici di base</li> <li>• Produrre materiale informativo specifico per singoli <i>target</i> di utenza</li> <li>• Rendere accessibili nel territorio di competenza tutte le scelte contraccettive possibili</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partecipare ai momenti di valutazione dei servizi</li> <li>• Collaborare alla realizzazione e alla diffusione del materiale informativo</li> </ul>

Allegato 5. Esempi di patto di solidarietà per la salute: IVG

Un patto su: IVG	I governi nazionali e regionali e le autorità centrali possono	Le autorità locali e le Aziende sanitarie possono	Gli individui singoli o associati possono
<i>Sui determinanti socio-economici</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ridurre la disuguaglianza sociale ed economica</li> <li>• Favorire la scolarizzazione</li> <li>• Approvare leggi di sostegno alle scelte di maternità e paternità</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentare e migliorare gli interventi del servizio sociale rivolti alle maternità difficili</li> <li>• Rendere i servizi per le famiglie con bimbi in età pre-scolare adeguati ai bisogni emergenti</li> <li>• Rendere i paesi e le città vivibili per le famiglie con bimbi piccoli</li> <li>• Stipulare convenzioni con le associazioni di volontariato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promuovere una cultura che consideri l'allevamento dei figli un importante compito individuale e sociale</li> <li>• Suddividere in modo equo il lavoro domestico e di cura fra tutti i componenti della famiglia</li> </ul>
<i>Sui determinanti legati allo stile di vita e alle scelte dei singoli</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promuovere campagne di educazione alla salute sessuale e alla procreazione responsabile</li> <li>• Promuovere la presenza di servizi consultoriali efficienti e accessibili in tutto il territorio di competenza</li> <li>• Promuovere la ricerca per rendere accessibili nuovi metodi contraccettivi più sicuri e anche rivolti alla popolazione maschile</li> <li>• Promuovere una legge nazionale che consenta la scelta della sterilizzazione maschile e femminile da parte dei singoli soggetti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promuovere campagne di educazione alla salute sessuale e alla procreazione responsabile, mirati a <i>target</i> specifici di popolazione con produzione di materiale informativo adeguato</li> <li>• Promuovere la presenza di servizi consultoriali efficienti e accessibili in tutto il territorio di competenza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aderire a stili di vita sani relativamente alle scelte procreative</li> <li>• Partecipare alle campagne di educazione alla salute</li> <li>• Promuovere nelle nuove generazioni una sessualità consapevole e sicura</li> </ul>
<i>Sui determinanti legati ai servizi sanitari</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Applicare la Legge 194 su tutto il territorio di competenza</li> <li>• Promuovere interventi di valutazione dell'assistenza fornita e di formazione degli operatori addetti a tutto il percorso relativo alla Legge 194</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulare linee guida sull'assistenza all'aborto volontario</li> <li>• Sperimentare nuove metodiche di induzione dell'aborto volontario</li> <li>• Rendere sempre più attendibili i dati di rilevazione dell'abortività volontaria e valutare anche a livello locale i risultati ottenuti</li> <li>• Mantenere adeguato il livello di formazione degli operatori che svolgono le consulenze pre- e post-IVG</li> <li>• Rendere accessibili nel territorio di competenza tutte le scelte contraccettive possibili</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partecipare ai momenti di valutazione dei servizi</li> <li>• Segnalare le eventuali inadempienze rispetto all'applicazione della legge</li> </ul>



## BIBLIOGRAFIA

### Cap. 1. Determinanti della salute della donna

- Barbagli M., *Famiglie e politiche sociali in Emilia-Romagna*, Comune di Bologna, 1998.
- Regione Emilia-Romagna, *Società, economia e lavoro in Emilia-Romagna*, Regione Lavoro, 1997.
- Regione Emilia-Romagna, *La vita quotidiana in Emilia-Romagna. Risultati dell'indagine multiscopo sulle famiglie del 1996*, FrancoAngeli, Milano, 1998.

### Par. 1.2. Il lavoro

- Colombini D., Riva D., Luè F. e coll., "Primi dati epidemiologici sugli effetti clinici negli operatori sanitari addetti alla movimentazione manuale di pazienti nei reparti di degenza". *Med Lav*, 90 (2): 201-228, 1999.
- Goldberg M., Labreche L., "Occupational risk factors for female breast cancer: a review". *Occup Environ Med*, 53: 145-156, 1996.
- Lindbohm M.L., "Women's reproductive health: some recent developments in occupational epidemiology". *Am J Ind Med*, 36 (1): 18-24, 1999.
- Zahm S.H., Pottern L.M., "Future direction for research on occupational cancer among women: summary of conference panel discussion". *J Occup Med*, 37: 363-364, 1995.

### Par. 1.3. Sicurezza in casa

- IRSES - Istituto ricerche studi economici e sociali, *Gli infortuni. Dati e incognite per l'analisi quantitativa*. FrancoAngeli, Milano, 1992.
- ISS, Convegno *Gli incidenti domestici e del tempo libero*. ISS, Roma, 29 settembre 1999.
- ISTAT, *Indagine multiscopo sulle famiglie. Anni 1987-1991. 3. Gli incidenti in ambiente domestico*. Roma, 1994.
- Ministero della sanità, Servizio studi e documentazione, *Relazione sullo stato sanitario del Paese*, 1996.
- Ministero della sanità, *Piano sanitario nazionale 1998-2000*, 1998.
- Ministero della sanità, Relazione presentata nel corso del Convegno *Gli incidenti domestici e del tempo libero*. ISS, Roma, 29 settembre 1999.
- Pieri R., Minotti D., Gentili L., Negosanti I., Ricci L., Bedei G., Ciotti F., Biasini G., "Infortuni nell'Infanzia: uno studio sugli accessi al Dipartimento di emergenza della popolazione pediatrica di una USL emiliano-romagnola". *Pediatr Med Chir*, 14 (3): 293-296, 1992.
- Regione Toscana, *Piano sanitario 1998-2001. Le basi epidemiologiche della programmazione*, 1998.
- Taggi F., Fondi G., "Epidemiologia degli incidenti domestici in Italia. Risultati preliminari del progetto SISI". *Professione sanità pubblica e medicina pratica*, 3: 28-42, 1993.

- Vineis P., Ronco G., Ciccone G., Gogliani F., "Home injuries in children: a population-based intervention trial". *Epidemiology*, 5 (3): 349-351, 1994.
- WHO, *Health 21. The "Health for All" policy framework for the WHO European Region*. WHO, Copenhagen, 1999.

### **Par. 2.1. Abuso e maltrattamento**

- ADMI - Associazione donne magistrato italiane (a cura di), *La violenza domestica: un fenomeno sommerso*. FrancoAngeli, Milano, 1995.
- Associazione Gruppo di lavoro e ricerca sulla violenza alle donne, *Maltrattate in famiglia. Suggestioni nell'approccio alle donne che si rivolgono ai Servizi socio-sanitari*, Comune di Bologna, 1999.
- Creazzo G. e Pramstrahler A. (a cura di), *Violenza contro le donne: i dati delle Case delle donne e dei Centri antiviolenza dell'Emilia-Romagna. Anno 1997. Rapporto finale di ricerca*, Regione Emilia-Romagna, 1998 (non pubblicato).
- Gonzo L., *Violenza alle donne: la cultura dei medici e degli operatori*, Comune di Bologna, 1997.
- OMS, Department of Women's Health, "Gender and Health: a Technical Paper", [www.who.int/frh-whd/GandH/GHreport/gendertech.htm](http://www.who.int/frh-whd/GandH/GHreport/gendertech.htm)
- Pallotta N., "Violenza e salute: quale relazione?", *Zero Tolerance. Atti della Conferenza nazionale*, Comune di Bologna, 1999.
- Romito P. (a cura di), *Violenza alle donne e risposta delle istituzioni*. FrancoAngeli, Milano, 2000.
- Terragni L., *Su un corpo di donna. Una ricerca sulla violenza sessuale in Italia*. FrancoAngeli, Milano, 1997.
- Ventimiglia C., *Nelle segrete stanze. Le donne tra silenzio e testimonianze*. FrancoAngeli, Milano, 1996.

### **Par. 2.2. Disturbi alimentari**

- De Plato G., *Linee guida sull'organizzazione dei servizi per i disturbi del comportamento alimentare*. Regione Emilia-Romagna, 1999.
- Molfino F. e Zanardi C. (a cura di), *Sintomo corpo femminilità*. CLUEB, Bologna, 1999.

### **Par. 3.1. Donne anziane**

- Barucci M., *Terapie di riattivazione in geriatria*. FrancoAngeli, Milano, 1991.
- Barucci M., *Trattato di psicogeriatrica*. Usas, 1990.
- Censis, *Home care per anziani. La mappa dell'offerta*. FrancoAngeli, Milano, 1996.
- Cesa-Bianchi M., *Psicologia dell'invecchiamento*. Nuova Italia Scientifica, 1987.
- CNR, Progetto finalizzato invecchiamento. Studio longitudinale italiano sull'invecchiamento (ILSA). *Resource data book*. Rapporto interno, 1996.
- Dell'Orto Garzonio F., Tacconi P., *Conoscere la vecchiaia*. Nuova Italia Scientifica, 1990.

Harrison, *Principi di medicina interna*. McGraw-Hill, 1995.

Regione Emilia-Romagna – Assessorato alla sanità, *La mortalità per causa in Emilia-Romagna: anni 1996-1997*. 1999.

Regione Emilia-Romagna – Assessorato alle politiche sociali e familiari, scuola, qualità urbana, Seconda conferenza regionale del volontariato. 1998.

*Relazione biennale al Parlamento sulla condizione dell'anziano, 1996-1997*.

Suardi T., *Invecchiare al femminile*. Nuova Italia Scientifica, 1993.

WHO, *Women, Aging and Health*. Geneva, 1996.

*Age and Ageing*, 23: 283-286, 1994.

*Age and Ageing*, 24: 389-392, 447-450, 1995.

*Minuti*, gennaio 1999, pp. 33-39.

*Qualità Equità*, n. 12, ott./dic. 1998.

*Qualità Equità*, n. 13, gen./mar. 1999.

*Professione sanità pubblica e medicina pratica*, Anno IV, 1: 17-41.

*Spazio Medicina*, Gennaio 1999, pp. 87-92.

### **Par. 6.3. Percorso nascita**

Agenzia sanitaria regionale Emilia-Romagna, *Linee guida di assistenza alla gravidanza fisiologica*. 1996.

Chalmers I., Enkin M., Keirse M.J.N.C., *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford University Press, Oxford, 1989.

Chalmers B., "WHO appropriate technology for birth revisited", *Br J Obstet Gynaecol*, 99: 709-710, 1992.

Cochrane A., *Effectiveness and efficiency*. The Nuffield Provincial Hospitals Trust, London, 1972. (Trad. it. *L'inflazione medica*. Feltrinelli, Milano, 1978)

Enkin M., Keirse M.J.N.C., Renfrew M., Neilson J. (eds.), *Pregnancy and Childbirth Module. Cochrane Database of Systematic Reviews*. Published through Cochrane updates on disk. Oxford. Update Software, 10, 1994.

Hodnett E.D., "Continuity of caregivers during pregnancy and childbirth". In Neilson J.P., Crowther C.A., Hodnett E.D., Hofmeyr G.J. (eds.), *Pregnancy and Childbirth Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews*, [updated 2 December 1997]. Available in the Cochrane Library [database on disk and CDROM]. The Cochrane Collaboration; Issue 1. Oxford: Update Software; 1998. Updated quarterly.

Regalia A., Terzian E., "Linee guida di assistenza alla gravidanza fisiologica". *ISTAR*, 9: 84-93, 1994.

Regione Umbria, *Linee guida di assistenza alla gravidanza fisiologica*, 1996.

SOGC Policy Statement, *Healthy Beginnings: Guidelines for Care during Pregnancy and Childbirth*, January 1996.

- Terzian E., Regalia A., "Né arte né scienza: stereotipi ed ambiguità dei modelli di assistenza ostetrica". In Sbisà M. (a cura di), *Come sapere il parto*. Rosenberg & Sellier, Torino, pp. 81-116, 1992.
- Villar J., Khan-Neelofur D., "Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy". In Neilson J.P., Crowther C.A., Hodnett E.D., Hofmeyr G.J. (eds.), *Pregnancy and Childbirth Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews*, [updated 2 December 1997]. Available in the Cochrane Library [database on disk and CDROM]. The Cochrane Collaboration; Issue 1. Oxford: Update Software; 1998. Updated quarterly.
- WHO, "Appropriate technology for birth". *Lancet*, ii: 436-437, 1985.
- WHO Europe, *Workshop on perinatal care*. Report on a WHO meeting. Venice 1988 Publication no. EUR/ICP/FMLY 01.02.02 Copenhagen.
- WHO, *Care in Normal Birth: a Practical Guide* Report of a technical Working Group. Publication no. WHO/Frh/Msm/96.24 Geneva.
- WHO, *Antenatal Care* Report of a technical Working Group. Publication no. WHO/Frh/Msm/96.8 Geneva.
- WHO, *Selecting Reproductive Health indicators*. Publication no. WHO/Rth/Hrp 97.25 Geneva.
- WHO, *Monitoring Reproductive Health: Selecting a short list of national and global indicators*. Publication no. WHO/Rht/Hrp/97.26 Geneva. WHO "Reproductive Health: indicators for global monitoring". Publication no. WHO/Rht/97.25 Geneva.

#### **Par. 6.4. Tutela della fertilità**

Gruppo di lavoro della Commissione tecnico-scientifica "Percorso nascita", Assessorato alla sanità, Regione Emilia-Romagna (a cura di), Documento sulla procreazione medicalmente assistita. Gruppo coordinato da Carlo Bulletti, 2000.

**PUBBLICAZIONI A CURA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA  
NEL SETTORE DELLA PREVENZIONE NEI LUOGHI DI VITA E DI LAVORO**

**Collana "DOSSIER"**

1. *Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi*, Bologna, 1990. (\*)
2. *Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS)*, Bologna, 1990. (\*)
3. *Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica*, Bologna, 1990. (\*)
4. *Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990*, Bologna, 1990.
5. *Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL*, Bologna, 1990.
6. *Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro*, Bologna, 1991.
7. *Radioattività naturale nelle abitazioni*, Bologna, 1991.
8. *Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990"*, Bologna, 1991. (\*)
9. *Guida alle banche dati per la prevenzione*, Bologna, 1992.
10. *Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna*, Bologna, 1992.
11. *I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990)*, Bologna, 1992.
12. *Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo*, Bologna, 1992.
13. *Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia Romagna. 2a ed.*, Bologna, 1992.
14. *Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative*, Bologna, 1993.
15. *Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991*, Bologna, 1993.
16. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991*, Bologna, 1993. (\*)
17. *Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari*, Bologna, 1993.

---

**(\*) volumi disponibili presso il CDS**

18. *Venti anni di cultura per la prevenzione*, Bologna, 1994.
19. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992*, Bologna, 1994. (\*)
20. *Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992*, Bologna, 1994.
21. *Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi*, Bologna, 1994.
22. *Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992*, Ravenna, 1994. (\*)
23. *5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994*, Bologna, 1994.
24. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993*, Bologna, 1995.
25. *Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993*, Bologna, 1995. (\*)
26. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994*, Bologna, 1996.
27. *Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994*, Bologna, 1996. (\*)
28. *Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza*, Ravenna, 1996. (\*)
29. *La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP*, Ravenna, 1997. (\*)
30. *Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari*, Ravenna, 1997.
31. *Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina*; Ravenna, 1997. (\*)
32. *Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella*, Ravenna, 1997.
33. *Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida*, Ravenna, 1997. (\*)
34. *EPI INFO versione 6*. Ravenna, 1997.  
(su Internet <http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/colldoss/dossier.htm>)
35. *Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office*, Ravenna, 1998.  
(su Internet <http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/colldoss/dossier.htm>)
36. *Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office*, Ravenna, 1998.  
(su Internet <http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/colldoss/dossier.htm>)
37. *Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP*, Ravenna, 1998.  
(\*)

38. *La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS*, Ravenna, 1998. (\*)
39. *Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997*, Ravenna, 1998.  
(su Internet <http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/colldoss/dossier.htm>)
40. *Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997*, Ravenna, 1999. (\*)
41. *Manuale di gestione e codifica delle cause di morte*, Ravenna, 2000. (\*)
42. *Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999*, Ravenna, 2000. (\*)
43. *Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione*, Ravenna, 2000. (\*)
44. *L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna*, Ravenna, 2000. (\*)
45. *SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente*, Ravenna, 2000. (\*)
46. *Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2000. (\*)
47. *Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. **(in preparazione)**
48. *Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. **(in preparazione)**
49. *Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2000. (\*)
50. *Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna*, Ravenna, 2000. (\*)
51. *Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (\*)
52. *Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (\*)

## Collana "CONTRIBUTI"

1. *I nuovi insediamenti produttivi. Prevenzione e controllo nella progettazione e ristrutturazione degli ambienti di lavoro*, Parma, 1982.
2. *La prevenzione dei danni da rumore. Indicazioni metodologiche ed organizzative*, Reggio Emilia, 1983.
3. *Il sistema informativo regionale per la prevenzione dei danni da lavoro. Orientamenti per la formazione e l'aggiornamento degli operatori*, Ravenna, 1983. (\*)
4. *La prevenzione nel settore delle calzature*, Lugo, 1983.
5. *Le lavorazioni ceramiche di decoro a mano e terzo fuoco. Indagine conoscitiva nelle province di Modena e Reggio Emilia, Vignola*, 1983.
6. *La prevenzione nel settore delle calzature. II*, Lugo, 1984.
7. *Indagini sanitarie per la prevenzione nei luoghi di lavoro. Una proposta operativa*, Bologna, 1984.
8. *Tossicologia industriale. Indicazioni metodologiche ed organizzative per i Servizi di prevenzione*, Montecchio Emilia, 1984.
9. *Presidi multizonali di prevenzione. Orientamenti per l'organizzazione dei Settori impiantistico e fisico-ambientale*, Modena, 1985.
10. *I rischi professionali in agricoltura. Contributi per l'attuazione di un "piano mirato" di prevenzione*, San Giorgio di Piano, 1985.
11. *I rischi da lavoro in gravidanza*, Scandiano, 1985.
12. *Esposizione professionale a Stirene. Esperienze di prevenzione e ricerche in Emilia-Romagna, Correggio*, 1985.
13. *Radiazioni non ionizzanti. Rischi da radiofrequenze e microonde*, Rimini, 1985.
14. *Comparto ospedaliero: Prevenzione dei rischi elettrici e da anestetici nelle sale operatorie*, Ferrara, 1985.
15. *Rischi da radiazioni ionizzanti. L'esposizione del paziente in radiodiagnostica*, Piacenza, 1986.
16. *Prevenzione degli infortuni in ceramica*, Scandiano, 1986.
17. *La soglia uditiva di soggetti non esposti a rumore professionale*, Imola, 1987.
18. *Il lavoro, la sua organizzazione, la sua qualità oggi*, Lugo (RA), 1987.
19. *Le attività sanitarie nei Servizi di medicina preventiva ed igiene del lavoro*, Ferrara, 1987.
20. *Il monitoraggio biologico nei Presidi multizonali di prevenzione*, Bologna, 1988.
21. *Introduzione all'analisi organizzativa dei Servizi di prevenzione*, Bologna, 1989
22. *Educazione sanitaria: esperienze - metodologia - organizzazione in Emilia-Romagna, Modena*, 1989. (\*)

23. *Produzione, lavoro, ambiente. Seminario nazionale SNOP, Parma giugno 1989, Langhirano, 1990. (\*)*
24. *Promozione della qualità dei dati nel monitoraggio biologico, Bologna, 1990.*
25. *Impieghi medici delle radiazioni non ionizzanti, Modena, 1990.*
26. *I Servizi di Igiene pubblica. Da un corso di formazione per i nuovi operatori, Forlì, 1991. (\*)*
27. *Il comparto delle resine poliestere rinforzate con fibre di vetro. Manuale di prevenzione, Correggio, 1992. (\*)*
28. *Infortuni in edilizia. Immagini di danno e di prevenzione, Bologna, 1992.*
29. *Dalle soluzioni verso le soluzioni, Modena, 1992.*
30. *Monitoraggio aerobiologico in Emilia-Romagna, Ferrara, 1993.*
31. *Salute e sicurezza nella scuola, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.*
32. *L'educazione alla salute nelle USL. Problemi e prospettive, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.*
33. *Il dipartimento di prevenzione, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.*
34. *Valori di riferimento per il calcolo della soglia uditiva attesa di maschi e femmine per anno di età, Carpi (MO), 1993. (\*)*
35. *Metodi di valutazione del rischio chimico. Il piano dipartimentale galvaniche a Bologna, Bologna, 1993.*
36. *Salute e ambiente, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.*
37. *Dalle soluzioni verso le soluzioni 2, Bologna, 1994.*
38. *Obiettivo qualità in sanità pubblica. Una esperienza regionale, Fidenza, 1994.*
39. *La prevenzione AIDS in ambito scolastico nella regione Emilia-Romagna, Rimini, 1994. (\*)*
40. *Il Dipartimento di Prevenzione. Ipotesi e proposte operative, Ravenna, 1994.*
41. *La formazione degli alimentaristi. Progettazione degli interventi educativi, Parma, 1995.*
42. *I tumori in Emilia-Romagna, Modena, 1997. (\*)*

