



Ministero della Salute

La salute delle donne

Un diritto in costruzione



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



Ministero della Salute

La salute delle donne

**Un diritto
in costruzione**

Ho voluto concludere così il mio mandato, non solo per dar conto delle iniziative che abbiamo realizzato in questi mesi per la tutela e la promozione della salute delle donne, ma anche per lasciare un messaggio, politico e culturale, rivolto al nostro paese, alla società nel suo complesso, ad ognuno di noi.

Sono infatti sempre più convinta che sono necessarie le leggi, le risorse, i servizi, la professionalità degli operatori, ma che tutto questo non potrà mai essere da solo sufficiente. Occorre infatti attivare uno straordinario processo di emancipazione sociale, di grande cambiamento del nostro sistema produttivo, di trasformazione dei ruoli sociali e delle relazioni tra gli uomini e le donne, di costruzione di prassi sociali di solidarietà. Solo così il diritto alla salute delle donne può essere “il diritto forte” che promuove tutti gli altri diritti, sociali, economici, civili, politici. Solo così la promozione della salute delle donne diviene una vera strategia per i diritti di cittadinanza per tutti. La promozione della salute delle donne promuove infatti la salute della popolazione, è misura della qualità e dell’equità del nostro sistema sanitario, pubblico e universalistico, ma è anche molto di più. È il paradigma del livello di civiltà di un paese.

La salute delle donne incrocia piani complessi, che riguardano le politiche sanitarie ma anche quelle non sanitarie, che attraversa le sfide inedite e straordinarie dello sviluppo tecnologico e scientifico, ma anche il modo di vivere, le relazioni tra le persone. Un grande tema, quindi, per la politica, per le istituzioni, ma anche per la società. Per questo è sempre più necessario attivare la partecipazione consapevole dei cittadini e aprire un vero, grande dibattito pubblico, una nuova stagione di grandi passioni ideali, di valori, principi.

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

narie potenzialità. La disuguaglianza di genere legge ancora oggi tutte le altre disuguaglianze, discriminazioni, oppressioni. Nel mondo le donne sono ancora le più povere, le meno istruite, con minor reddito, con minori diritti civili. Nel nostro paese, nonostante la straordinaria crescita di soggettività e di protagonismo, la maggioranza delle donne resta ancora esiliata dai luoghi decisionali delle istituzioni, della politica. Nonostante le dichiarazioni e gli impegni formali di tutti i trattati internazionali, la frontiera dei diritti umani delle donne resta una sfida del tutto aperta. Chi ha la responsabilità di decidere non può mai distogliere lo sguardo da questa visione globale, perché questo è il vero terreno di prova dei nostri principi e valori, della sostanza del nostro dettato costituzionale.

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

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

"L'approccio di genere alla salute" è collocato all'interno di una strategia di azioni intersettoriali, capace di incidere sui determinati della salute e per il contrasto delle disuguaglianze. Il "genere" è inteso come determinante essenziale della salute, in coerenza con quanto suggerito da tutte le risoluzioni dell'Unione Europea e dalle Conferenze internazionali sulla salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Sebbene numerose e consolidate siano le evidenze, ancora l'approccio di genere alla salute non rientra nell'analisi sistematica delle scelte di programmazione per gli interventi di promozione della salute. Ancora persistono stereotipi, veri pregiudizi di genere, nella ricerca biomedica, nella medicina, dallo studio dell'eziologia ai

fattori di rischio e protettivi per la salute, dai sintomi alla diagnosi, dalle misure di riabilitazione e dei trattamenti alla valutazione dei risultati. Rilevante è ancora la sottovalutazione dei bisogni di salute delle donne all'interno di una ricerca medica che è centrata sull'uomo e sulla sua realtà biologica e sociale; rilevante è ancora il pregiudizio scientifico che considera i processi morbosi delle donne con una prevalente derivazione biologistica-ormonale e quelli degli uomini con una prevalente derivazione socio-ambientale e lavorativa. Ma il sesso e il genere non sono la stessa cosa. Il genere è una costruzione sociale, che va ben oltre le differenze biologiche e fisiologiche che definiscono uomini e donne. Il genere è un fattore determinante essenziale per la salute: lo stato di salute, il benessere e la sua percezione, la promozione della salute, l'insorgenza delle malattie e il loro decorso, gli approcci terapeutici e la loro efficacia sono diversi tra le donne e gli uomini.

Riconoscere le differenze non solo biologiche ma anche relative alla dimensione sociale e culturale del genere è essenziale per delineare programmi ed azioni, per organizzare l'offerta dei servizi, per indirizzare la ricerca, per analizzare i dati statistici.

E in questo senso ho molto investito sul lavoro della Commissione "Salute delle donne" - che ha riunito numerose e autorevoli donne del mondo scientifico, delle professioni, dell'associazionismo - che proprio a partire dall'approccio di genere alla salute ha prodotto elaborazioni e proposte, a partire dalle evidenze dimostrate.

L'approccio di genere alla salute deve insomma essere innanzitutto riconosciuto come una forte innovazione, che deve essere non solo introdotta, ma anche utilizzata con azioni di sistema. Studiare e capire le differenze di genere è elemento essenziale per il raggiungimento delle finalità stesse del nostro sistema sanitario, per garantire che vengano identificati gli indicatori di equità di genere - fino ad oggi non riconosciuti o sottostimati - ma che devono invece essere utilizzati nei programmi e nelle politiche, nella raccolta dei dati epidemiologici, demografici e statistici, nella valutazione dei risultati. Per questo occorrono dati sulla prevalenza di malattie e disturbi nei due generi, ma anche dati sulle condizioni di lavoro e di vita, sui ruoli sociali e familiari, sulla natura e sulla qualità delle relazioni, sui vissuti delle donne.

In questo senso mi voglio soffermare su un Progetto, che mi sta particolarmente a cuore e che è stato sollecitato dal lavoro della Commissione salute delle donne ma che ha anche raccolto il contributo di tanti amministratori e operatori. Riguarda l'apertura in tutti i Pronto Soccorso di uno "sportello" dedicato alla violenza contro le donne e la specifica formazione di tutti gli operatori dei servizi ospeda-

lieri e territoriali su questo tema, che deve essere considerato priorità di sanità pubblica. I dati 2006 dell'ISTAT dimostrano che in Italia le donne tra 16 e 70 anni vittime di violenza nel corso della vita, sono stimate in quasi 7 milioni. La violenza è la prima causa di morte per le donne di età tra i 15 e i 44 anni, più del cancro, degli incidenti stradali e delle guerre. Un milione sono le donne che hanno subito stupri o tentati stupri; il 14,3% delle donne ha subito violenza da parte di un partner, ma solo il 7% lo denuncia. Il 33,9% delle donne che subiscono violenza dal partner e il 24% di quelle che l'hanno subita da un non partner, non parla con nessuno delle violenze subite: nel silenzio si consuma la violenza e dal silenzio continua ad essere avvolta. Gli esiti della violenza sono pesantissimi, non solo psicologici ma anche fisici: patologie ginecologiche, gastroenterologiche, disturbi alimentari, patologie mentali e depressive. Dalla ricerca ISTAT emerge anche che tra i fattori che determinano una maggiore predisposizione a divenire un partner violento è quello di avere avuto un padre che picchiava la propria madre o che è stato maltrattato dai genitori, sollecitando una vera strategia che sia in grado di spezzare la spirale che incatena in un medesimo destino anche le generazioni future. Di tutto questo occorre che le istituzioni si facciano carico. Come Ministro della salute, inoltre, ho inteso assumere la complessità e la globalità del diritto alla salute delle donne, di tutte le donne, italiane e straniere, adolescenti o anziane.

Ho voluto iniziare il mio mandato con un provvedimento sui diritti della partoriente e del nato, perché innanzitutto ritengo che il percorso nascita sia una priorità per la promozione della salute delle donne e quindi di tutta la popolazione, ma anche per sottolineare un messaggio di ordine culturale, capace di attivare la responsabilità complessiva delle istituzioni e della società di fronte a quello che non solo è una straordinaria esperienza per una donna e una coppia, ma è anche evento collettivo, sociale. Un inizio, quindi, che dimostrasse l'importanza di rimettere al centro delle politiche pubbliche il desiderio e la scelta di essere madri, attivando un dibattito pubblico alto, a partire dall'esperienza e dai vissuti delle donne. E poi sono seguiti numerosi altri provvedimenti, di prevenzione e di promozione della salute, a partire dalla vaccinazione gratuita per le ragazze di 12 anni contro l'HPV, dall'implementazione dei programmi di screening e dei servizi di radioterapia, fino a specifici progetti su malattie emergenti come l'endometriosi. Ho concluso il mio mandato con un provvedimento per me molto significativo: l'atto di indirizzo per il miglioramento dell'applicazione della legge 194, che intende sollecitare la comune responsabilità istituzionale, del Ministero della Salute e delle Regioni, per la promozione della prevenzione, per la

piena consapevolezza sulle scelte riproduttive della donna e della coppia, per l'educazione alla sessualità, per la formazione degli operatori, per adeguate modalità operative dei servizi, a partire dall'offerta attiva verso le fasce di popolazione più a rischio. Inoltre ho voluto insistere sulla qualità e appropriatezza del percorso di diagnosi prenatale e su una specifica attenzione all'informazione delle donne straniere.

E su questo vorrei concludere questa mia breve introduzione.

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

Il tema è quello più generale della vita, della nascita e di tutti i temi etici che lo sviluppo tecnologico e scientifico ci consegna. Ripartire allora non solo dalla legge 194, ma dalla questione più generale della salute delle donne è una scelta che considero utile, necessaria, proprio per sollecitare quella che considero una riflessione ineludibile sui corpi. Sono infatti i corpi delle persone oggi al centro delle politiche, all'interno dello scenario inedito dei nuovi straordinari successi dello sviluppo tecnologico e scientifico. Ed è su questo che occorre un'elaborazione alta, sociale, collettiva, perché profondi e inediti sono i cambiamenti. Gli sviluppi tecnologici e scientifici rappresentano una straordinaria occasione di progresso umano, ma contengono anche rischi e criticità. Non solo quelle di nuove possibili disuguaglianze e discriminazioni, perché l'accesso alle scoperte biotecnologiche è precluso a miliardi di persone nel mondo. Anche quelle che derivano dalla possibilità che sia l'offerta tecnologica a prevalere e non il bisogno delle persone; dalla trasformazione della possibilità di scelta delle persone in afasia dei soggetti; dallo spaesamento possibile delle coscienze di fronte ai mutamenti nella stessa percezione identitaria, antropologica.

Questa complessità e questa profondità va nominata e riconosciuta. A partire dalla riflessione sui corpi e in particolare sui corpi delle donne. Serve una riflessione bioetica sull'esperienza umana della differenza sessuale, della corporeità delle relazioni che sono costitutive della soggettività e dell'identità di ognuno di noi.

Il dibattito sui temi etici dovrebbe essere allora finalizzato alla ricerca di un pensiero pubblico, tanto più necessario quanto ancora inadeguato e di una "ragione pubblica" capace di rispondere alle sfide inedite che le scoperte tecnologiche e scientifiche consegnano a tutti noi, attraversando la quotidianità delle vite concrete delle perso-

ne, dalla nascita, alla malattia, fino alla morte. Attraversando i corpi delle donne. Il mio auspicio resta quello che la politica sappia essere sempre più etica, non imprigionata nella tattica asfittica del giorno per giorno, ma proiettata strategicamente nella continua ricerca di valori alti, di senso, di significato. Una politica sempre più etica, che sappia distinguere tra impossibilità di mediare sull'assolutezza dei principi e dei valori e invece possibilità e necessità di costruire basi comuni per le scelte del bene comune. Una politica sempre più etica, che non abbia bisogno di supplenze nella legislazione etica, ma che confermi la solidità delle radici profonde e comuni di un pensiero democratico, laico, moderno, all'interno di un mondo sempre più multiculturale e multireligioso.

A partire dal riconoscimento dei diritti delle donne, a partire dal riconoscimento delle donne come soggetti morali. Soprattutto a partire dall'importanza della relazione: una delle parole incomprese e che invece devono stare dentro un nuovo alfabetico etico.

Come si fa a parlare di vita, di nascita, senza interrogarsi sul complesso mistero della relazione tra un uomo e una donna e, ancor più, tra una madre e un figlio?

La libertà di scelta delle donne ha prodotto relazioni più umane e consapevoli tra le persone, ha reso più confortevoli le nostre vite, ha riscaldato e reso dinamica la società in cui viviamo. Dobbiamo essere capaci di costruire progetto e cittadinanza sul riconoscimento dei legami reciproci e sulla capacità di prendersene cura.

C'è bisogno di una politica materna, di una società materna: è il rovesciamento della mistica della maternità, è l'idea che la relazione e la cura degli altri – dei bambini, dei vecchi – non sono responsabilità e destino privato delle donne. C'è un cambiamento maschile che andrebbe interpellato e reso evidente, c'è una presenza delle donne sulla scena pubblica che, soltanto così, troverà il suo agio. E poi c'è la relazione con i ragazzi, con i figli, con quei giovani maschi e quelle giovani donne per i quali conta molto ciò che, su tutto questo, sanno dire le madri e i padri. Le loro parole, per essere ascoltate, devono abitare lo stesso luogo, il luogo della fragilità della condizione umana.

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

Per la civiltà del nostro paese.

Livia Turco

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

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

1.1 Il Piano d'Azioni sulla salute materno infantile

8 marzo 2007

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

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

27 giugno 2007

Con questa Audizione ho voluto investire il Parlamento dell'importanza che assume per l'intero Paese una strategia di promozione del-

la salute delle donne, rendendo conto delle innovazioni e delle proposte introdotte, ma soprattutto sollecitando l'autonoma iniziativa legislativa parlamentare.

1.3 La Commissione "Salute delle donne"

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

2. La nascita: tra naturalità e sicurezza

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

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

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

Le finalità più importanti sono:

- promuovere un'appropriata assistenza alla nascita, tutelando i diritti e la libera scelta della gestante, in modo coerente con i modelli organizzativi delle Regioni;
- assicurare la tutela della salute materna, il benessere del nascituro e quello delle famiglie nell'esperienza della genitorialità;
- ridurre i fattori di rischio di malattia, pre e post - concezionali del nascituro attraverso appropriati interventi preventivi;
- potenziare l'attività dei consultori familiari, con l'attivazione di programmi specifici per la salute preconcezionale e riproduttiva, per la tutela della maternità e per la promozione dell'allattamento al seno;
- promuovere la più ampia conoscenza delle modalità di assistenza e delle pratiche socio-sanitarie raccomandate, con particola-

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

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

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

In esse ribadiamo che l'allattamento al seno è un diritto fondamentale dei bambini e che è un diritto delle mamme essere sostenute nel-

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

2.3 Il Progetto Acido folico in gravidanza

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

2.4 La Campagna nazionale "Genitori +"

Genitori come veri protagonisti della salute dei propri figli, fin dal concepimento e dai primi giorni di vita del bambino. È questo il messaggio principale della campagna "Genitori Più", promossa dal Ministero della Salute, realizzata in collaborazione con la Regione Veneto, la Federazione italiana dei medici pediatri e l'Unicef.

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

2.5 Il Progetto Consultori

Il Percorso nascita è uno degli obiettivi strategici del Progetto Obiettivo Materno Infantile, che prevede specifiche modalità operative dei servizi. Ritengo una mia precisa responsabilità come Ministro della Salute quella di attivare il coinvolgimento delle Regioni al fine di un miglioramento della qualità delle prestazioni e per promuovere la

valutazione sui risultati ottenuti. Il Progetto che abbiamo finanziato va in questa direzione, privilegiando l'attenzione sul ruolo dei consultori familiari, la cui attività viene monitorata secondo indicatori specifici.

2.6 I Livelli Essenziali di Assistenza

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

2.7 Le risorse aggiuntive

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

3. Scegliere di essere madri

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

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

È in questo quadro che, da una parte, ho presentato al Parlamento le Relazioni sullo stato di applicazione della legge 40/2004 e sulla legge 194/78, non solo come atti dovuti, ma anche come occasioni di dibattito e di confronto, tra le istituzioni ma anche fuori da esse e, dall'altra parte, ho inteso assumere come una priorità l'educazione dei giovani sui temi della sessualità e della riproduzione (ma anche della promozione di competenze di vita, attitudini positive e valori come il rispetto di sé e per gli altri, autostima, senso di responsabilità, attitudine positiva verso la propria vita sessuale e riproduttiva). Ho voluto ribadire l'obiettivo della promozione della contraccezione (che è una reale esigenza, visti i dati che evidenziano che il 20,5% delle ragazze minori di 15 anni ha già avuto rapporti sessuali, che nel 2004 le IVG per le ragazze minori di 20 anni è stato l'8,2% del totale delle IVG, che la maggioranza delle donne che richiedono la contraccezione di emergenza sono di età inferiore a 25 anni, nubili e nullipare); la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, in particolare dell'HIV (la cui incidenza sta aumentando).

3.1 L'applicazione della legge 40/2004

Il mio compito come Ministro è stato quello di garantire alle donne e alle coppie la migliore efficacia e sicurezza delle tecniche e attuare al meglio i principi ispiratori dichiarati dalla legge, che sono la tutela della salute delle donne e la tutela degli embrioni, nella consape-

volezza che la responsabilità di Ministro della salute mi impone la lealtà istituzionale del rispetto e dell'applicazione di una legge dello Stato e quella della tutela di principi costituzionali intangibili.

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

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

3.2 L'applicazione della legge 194/1978

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

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

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

- La prevenzione dell'IVG attraverso il potenziamento dei con-

sultori ed altre misure finalizzate alla promozione della contraccezione, alla formazione degli operatori con particolare riferimento alle donne immigrate;

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

3.4 Il Progetto IVG donne immigrate

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

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

4. Immigrate: donne in Italia

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

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

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

4.1 Progetti per la salute materno infantile

Tra le varie proposte abbiamo attivato la produzione di materiale informativo, tradotto in diverse lingue, sulla salute e sicurezza del neonato, sulle azioni di prevenzione delle malattie infettive, di tutela della salute delle donne, diffuso nelle comunità, nei consultori, nei reparti di maternità, attraverso gli operatori sanitari ed i mediatori culturali, dalle associazioni di volontariato. È anche in fase di elaborazione uno specifico progetto sui medesimi temi, da realizzare con la collaborazione dell' "Istituto nazionale per la tutela della salute

della popolazione immigrata e per il sostegno delle malattie della povertà”, di sensibilizzazione delle donne immigrate; di formazione degli operatori sanitari sulle diversità culturali che sottendono i vari modi di sentire il proprio corpo, la malattia, ma anche la gravidanza e la maternità; di sperimentazione di servizi con mediatori culturali, personale sanitario femminile, orari particolari per facilitare l’accesso ai servizi da parte delle donne straniere.

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

Su questo problema abbiamo elaborato Linee Guida che si muovono nell’ambito dell’obiettivo prioritario dell’affermazione del rispetto della donna come persona, della sua dignità, del diritto all’integrità del suo corpo, alla salute, all’esercizio delle libertà fondamentali. Il tema delle mutilazioni genitali femminili ha profonde implicazioni di ordine psicologico, economico, sociale e culturale. Occorre quindi contrastare tale fenomeno ma anche assumerne la complessità. In questo senso abbiamo ritenuto importante produrre indicazioni rivolte agli operatori sanitari e sociali che, nell’esercizio della loro professione, incrociano queste problematiche. Sono indicazioni alle Regioni per attivare la formazione del personale sanitario, per l’assistenza e la riabilitazione delle donne che hanno già sperimentato tali pratiche. Il messaggio di fondo è: non stigmatizzazione, ma, nella fermezza della condanna, invito ad accogliere e ad integrare.

5. Obiettivo Prevenzione: la lotta ai tumori

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

5.1 Il vaccino contro il Papilloma Virus (HPV)

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

5.2 Gli screening oncologici

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

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

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

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

5.3 Il Progetto “Tevere” per la prevenzione dei tumori al seno

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

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

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

6.1 Il Progetto contro la violenza alle donne

La violenza sessuale e il maltrattamento hanno un impatto sulla salute delle donne, e di conseguenza sulla sanità pubblica, che va oltre il singolo evento violento, ma che ha conseguenze a breve e lungo termine fisiche, psichiche e sociali. Il non riconoscimento della violenza come causa di malattia è uno dei fattori che favorisce l'incidenza degli esiti a distanza. Le donne maltrattate ricorrono ai servizi sanitari con una frequenza da 4 a 5 volte maggiore rispetto alle donne non maltrattate. Il numero di vittime che si rivolge al Pronto Soccorso è nettamente superiore a quello delle donne che si recano alla Polizia, ai consultori, ai servizi sociali e ai servizi messi a disposizione dal volontariato. L'autore delle lesioni solo raramente viene riportato dal medico di turno al Pronto soccorso (più frequentemente risulta dalle schede cliniche una generica definizione di "violenza da persona nota"), per cui è difficile rilevare la reale consistenza del fenomeno. Il progetto individua nel Pronto soccorso il luogo dove, oltre all'intervento sanitario sull'emergenza della violenza sessuale, si può far emergere la violenza domestica e si deve avviare una organica risposta, anche sul piano psico-sociale, costruendo la rete con il territorio: i distretti, i medici di medicina generale, i consultori coinvolgendo anche il privato sociale e l'associazionismo femminile. Da anni in Italia sono attivi in alcune, poche, strutture sanitarie gruppi di operatrici e operatori che si sono dati organizzazione e collocazione diversificata nelle varie realtà (centri Soccorso Violenza Sessuale, Centri d'Ascolto, Centri per individuare l'abuso sessuale e i maltrattamenti sui minori, ecc). Appare oggi evidente la necessità di rendere omogeneo lo sviluppo di servizi idonei all'assistenza alle vittime di violenza sessuale e domestica presso i Pronto Soccorso ospedalieri come ambito privilegiato per l'apertura di sportelli dedicati e promuovere la formazione capillare del personale sanitario.

7. Endometriosi, patologia sociale

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

7.1 Il Progetto Endometriosi

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

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

Occorre considerare il genere tra i determinanti della salute e investire sulle evidenze e sulle coerenze che l'approccio di genere alla salute comporta. La dimensione di genere non è infatti pienamente utilizzata, ancora oggi, come strumento sistematico per programmare le azioni e gli interventi di promozione della salute e persistono stereotipi e pregiudizi, nella ricerca biomedica e in medicina, dallo studio dell'eziologia ai fattori di rischio e protettivi per la salute, dai sintomi alla diagnosi, dalle misure di riabilitazione alla valutazione dei risultati dei trattamenti. Rilevante è ancora la sottovalutazione dei bisogni di salute delle donne all'interno di una ricerca medica centrata sull'uomo e sulla sua realtà biologica e sociale, il pregiudizio scientifico che considera i processi morbosi delle donne con una prevalente derivazione biologistica-ormonale e quelli degli uomini con una prevalente derivazione socio-ambientale e lavorativa. Studiare e capire le differenze di genere è quindi elemento essenziale per il raggiungimento delle finalità stesse del nostro sistema sanitario, per garantire che vengano identificati gli indicatori di equità di genere, fino ad oggi non riconosciuti o sotto-stimati. Questi indicatori devono essere utilizzati nei programmi e nelle politiche, nella raccolta dei dati epidemiologici, demografici e statistici e nella valutazione dei risultati. La promozione della salute delle donne per essere tale necessita innanzitutto dei dati sulla prevalenza di malattie e disturbi nei due generi, ma anche dei dati sulle condizioni di lavoro e di vita, sui ruoli sociali e familiari, sulla natura e sulla qualità delle relazioni, sui vissuti delle donne. Su tutto questo non solo ha lavorato la Commissione Salute delle donne, ma sono stati anche definiti specifici Progetti.

8.1 I corsi di formazione in medicina di genere

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

8.2 La Ricerca Finalizzata 2007

Il Bando della Ricerca Finalizzata 2007 ha accolto alcuni progetti strategici nelle aree tematiche: "Salute della donna – Medicina di genere" e "Salute della donna – area materno infantile", che affrontano per la prima volta in termini scientifici le problematiche inerenti la salute della donna in tutti i suoi aspetti, come obiettivo strategico di sanità pubblica, con riferimento anche alle nuove conoscenze per la tutela della salute materno infantile. La Commis-

sione Nazionale della Ricerca Sanitaria ha approvato in via preliminare 4 progetti afferenti all' area Medicina di genere e 5 progetti dell'area Materno infantile, che saranno sottoposti nei prossimi mesi al vaglio di esperti esterni indipendenti

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

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

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

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

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

La strategia della “Diplomazia della salute” va in questa direzione.

9.1 Il Mediterraneo e il Medio Oriente

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

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

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

Fra le iniziative più recenti, vanno ricordate:

- Progetto pilota in Marocco per la stipula di un Accordo bilaterale nel campo della sanità e delle scienze mediche. La medicina comunitaria, in particolare la salute materno infantile e la nutrizione, è stato considerato settore prioritario di collaborazione.
- Egitto – Commissione mista di valutazione e monitoraggio e stesura del nuovo Piano d’azione, nel quale la salute materno-infantile è particolarmente rappresentata. L’HIV costituisce un tema di particolare interesse, soprattutto per quanto riguarda lo studio epidemiologico di trasmissione, specialmente intra-familiare. Gli interventi nel campo dei trapianti, un altro settore prioritario, riguardano in particolare i casi pediatrici, mentre nel settore oncologico priorità è data agli screening dei tumori femminili.
- Piano d’azione, nel quale la salute materno-infantile è un settore specifico di intervento, che prevede in particolare iniziative per la prevenzione dei tumori femminili.
- Secondo seminario italo-tunisino sulla perinatologia e ginecologia, organizzato in collaborazione con l’Università La Sapienza di Roma e volto a favorire le iniziative per la salute della donna, della gestante, della partoriente e del neonato, che rappresentano un elemento di primaria importanza per gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio.
- Arabia Saudita – Firma dell’Accordo, che prevede, tra l’altro, la collaborazione dei due Paesi per il trattamento di casi clinici difficili, compresi bambini affetti da malformazioni dell’apparato urinario.
- Albania - Firma dell’Accordo, che prevede, fra l’altro, la promozione della salute della madre e del bambino e la sorveglianza e prevenzione dell’HIV / AIDS.
- Armenia - Stage formativo di ginecologia laparoscopica per tre ginecologi armeni presso l’ospedale “Fatebenefratelli - Villa San Pietro” di Roma.
- Georgia – Firma dell’Accordo e del Piano d’azione, nel quale il settore materno infantile rappresenta una priorità.
- Francia – ricevimento di una delegazione dell’Osservatorio Europeo sulla Previdenza Sociale per illustrare la politica sanitaria italiana, ed in particolare il Piano d’azione per la promozione e la tutela della salute delle donne e dei bambini.
- Russia - visita di cortesia in Italia del Primo Vice Presidente del Governo della Federazione Russa D. Medvedev, e partecipazione ad un incontro presso l’Ospedale Bambino Gesù nel corso del quale sono state presentate le linee della politica sanitaria

italiana nel contesto dell'assistenza materno-infantile.

- Afghanistan – ricevimento di una delegazione composta da Malalai Joya, attivista dei diritti umani (e in particolare di quelli delle donne) in Afghanistan. Sono state discusse le concrete possibilità di aiuto che l'Italia può garantire a questa popolazione, in cui ogni 28 minuti una donna muore di parto, la mortalità infantile è fra le più alte del mondo e solo una persona su tre sa leggere e scrivere. La salute, l'educazione, i diritti umani e la pace sono stati individuati come gli elementi fondamentali strettamente legati fra loro che possono garantire un miglioramento delle condizioni di vita del popolo afgano.
- Cina – ricevimento di una delegazione cinese della provincia di Hu Nan, composta da medici ed esperti del settore materno-infantile e visita presso l'ospedale Fatebenefratelli di Roma, per uno studio conoscitivo dell'organizzazione dei Servizi materni ospedalieri.

9.2 La Conferenza dei Ministri della Salute dell'Unione Europea "La Salute in tutte le Politiche" Roma – 18 dicembre 2007

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

Il genere deve essere inteso come determinante essenziale della salute e devono essere esplicitate le evidenze, l'individuazione di indicatori, la misurabilità degli stessi rispetto all'efficacia, qualità ed equità delle politiche sanitarie. L'approccio di genere alla salute diventa un'innovazione, innanzitutto teorica, analitica su cui debbono convergere le esperienze e le elaborazioni più avanzate rispetto alla promozione della salute e alla riduzione delle disuguaglianze nella salute. Servono una strategia e azioni di sistema, dall'alto (nelle istituzioni centrali) e dal basso (nelle realtà locali, territoriali) e servono raccolta e scambio di dati, in quanto il "dato" non è un fattore neutro, poiché a seconda dei dati che si raccolgono o di come si usano, si possono far emergere problemi, evidenziare situazioni, o viceversa non darvi rilievo.

La Conferenza dei Ministri della Salute dell'Unione Europea che si è svolta a Roma nel dicembre scorso ha rappresentato un significativo passaggio per implementare questa strategia di azioni intersectoriali, producendo una Dichiarazione finale che impegna i governi e gli Stati in questa direzione.

www.ministerosalute.it

**La salute
delle donne**

Un diritto
in costruzione



Ministero della Salute