

Programma Salute Donna

Coordinatore: Silvana Borsari - Azienda USL Modena (Salute Donna)

Componenti:

Elena Zini - Coordinamento distrettuale di Castelfranco Emilia,
Commissione Tecnica

Federico Tosatti - Provincia di Modena (Politiche sociali)

Loredana Sternieri - Comune di Modena

Daniela Bortolotti - Rappresentante CGIL

Fernanda Malavolti - Rappresentante UIL

Cristina Boschini - Rappresentante CISL

Angela Codifava - Rappresentante MMG (FIMMG)

Paola Vandelli - Azienda Ospedaliera Policlinico

Nora Marzi - Azienda USL di Modena (Salute Donna)

Emanuela Carossino - Azienda USL di Modena

Mara Bettelli - Azienda USL di Modena (Salute Donna)

Dirce Vezzani - Azienda USL di Modena (Salute Donna)

Elda Longhitano - Azienda Ospedaliera Policlinico (Dir. Sanitaria)

Laura Piretti - Associazione Differenza Maternità

Annibale Volpe - Azienda Ospedaliera Policlinico (Clinica Ostetrica-
Ginecologica)

Stefania Vecchi - Azienda Ospedaliera Policlinico (Clinica Ostetrica-
Ginecologica)

Gianfranco De Girolamo - Azienda USL di Modena (Dip. Sanità Pubblica)

Anna Naso - Provincia di Modena (Politiche Sociali)

Luigi Bertani - Rappresentante Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e
degli Odontoiatri di Modena

PREMESSA

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 quindi 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.

La specificità è, oltre che di genere, riproduttiva, genitoriale e nelle condizioni lavorative.

Una strategia per la salute della donna richiede:

- costruzione di un sistema epidemiologico e statistico che ricerchi dati disaggregati per genere;
- promozione della valenza di genere nella ricerca sanitaria in tutti campi, non solo quello riproduttivo;
- promozione della salute della donna nei luoghi di vita (ambiente domestico, lavorativo e ricreativo);
- messa in evidenza nei vari ambiti clinici, dalla cardiologia, alla psichiatria, alla medicina interna, delle implicazioni diagnostiche terapeutiche collegate al genere;
- diffusione sistematica delle informazioni sulla salute della donna.

LA SALUTE DELLA DONNA IN PROVINCIA DI MODENA

Le donne della provincia di Modena sembrano vivere più a lungo degli uomini: in analogia a quello che accade a livello regionale e nazionale, i dati sulla speranza di vita suddivisi per sesso e classi d'età del 1999 indicano alla nascita una speranza di vita per i maschi di 77,2 anni e per le donne di 83,3 anni; questa forte differenza si riduce di quasi la metà col passare degli anni e a 75 anni ritroviamo una speranza di vita per gli uomini di 10,3 anni e per le donne di 13,3 anni. Se però si correggono questi dati calcolando, come è stato fatto per il livello nazionale negli ultimi 10 anni, la speranza di vita in anni senza disabilità si potrà evidenziare che la speranza di vita per uomini e donne è di fatto uguale: a 75 anni è di 7,4 per gli uomini e di 7,8 per le donne. Tutto questo per dire che le donne muoiono meno ma vivono più anni in condizioni di disabilità, di malattia, di dipendenza e non di salute. Obiettivi prioritari soprattutto per la salute delle donne anziane diventano la prevenzione della dipendenza e della disabilità, rimuovendo quindi la povertà, la solitudine e tutte le condizioni che possono rendere fragili le donne in questa epoca della vita.

Anche per le donne della nostra provincia le principali cause di morte sono gli accidenti cardiovascolari, in particolare gli ictus, e i tumori. Il tumore della mammella, tra le neoplasie è al primo posto: il tasso di mortalità è inferiore al dato regionale (tranne che per la fascia d'età 35-44 anni), ma l'incidenza è molto alta e ciò comporta la presenza di una quota elevata di popolazione femminile che deve convivere con questa malattia e con tutto ciò che ne consegue sia in termini di salute persa che di consumo di servizi sanitari. Prioritari quindi dovrebbero diventare, oltre agli interventi di diagnosi precoce e di sostegno e riabilitazione delle donne operate, anche quelli di prevenzione primaria (stili di vita, riduzione degli inquinanti ambientali e alimentari, etc.) per ridurre effettivamente il numero di nuovi casi, oltre che la mortalità.

Le donne modenesi, come quelle emiliane hanno una scolarità elevata e le giovani generazioni mantengono questa positiva tendenza a voler acquisire titoli di studio superiori (nel '97 il tasso di iscrizione alle scuole medie superiori era del 94,3% per le femmine e del 89,3% per i maschi): questi dati sono importanti e devono essere ulteriormente migliorati soprattutto per le fasce di popolazione più a rischio quali quelle delle giovani donne immigrate e delle loro figlie, perché molte indagini hanno dimostrato che il fattore maggiormente determinante la salute della donna è il grado d'istruzione della donna stessa che risulta decisivo anche per la salute dei figli e di tutta la famiglia.

La salute riproduttiva, pur costituita da eventi fisiologici quali il menarca, la gravidanza, il parto e la menopausa, influenza fortemente la qualità della salute della donna ed il suo vissuto. Negli ultimi anni risultano in aumento alcune patologie dell'apparato riproduttivo quali la sterilità (legata prevalentemente all'età avanzata di ricerca del primo figlio), l'endometriosi e le disfunzioni del ciclo mestruale anche in relazione all'aumento dell'incidenza dei disturbi del comportamento alimentare (anoressia e bulimia).

L'immigrazione, anche femminile, sia dal sud Italia che dai paesi extracomunitari, ha caratterizzato fortemente gli indicatori della salute riproduttiva nella nostra popolazione fertile: dal '95 infatti si evidenzia una inversione di tendenza sia nei tassi di natalità che di abortività volontaria che, prima in calo, aumentano entrambi fino al 1998, nel '99 il tasso di natalità continua ad aumentare ed il tasso di abortività invece tende di nuovo a diminuire.

L'arrivo nel nostro territorio di giovani coppie immigrate ha quindi invertito il declino del tasso di natalità determinato nella popolazione autoctona dalle condizioni socioeconomiche elevate, dall'alto tasso di occupazione anche femminile, dalla scarsa propensione del maschio modenese, ed emiliano in generale, a dedicare del tempo alle attività di cura (dei figli ma anche degli anziani disabili) che ancora gravano prevalentemente sulla donna e che determinano il più delle volte la "scelta" del figlio unico come la sola possibile. Interessante a tale proposito è il dato emerso dalla ricerca ISTAT sulle famiglie emiliane che ha evidenziato che la donna separata rispetto a quella

sposata è più povera ma ha più tempo libero (cioè ha meno lavoro di cura da effettuare), anche se nella maggioranza dei casi convive con i figli minori.

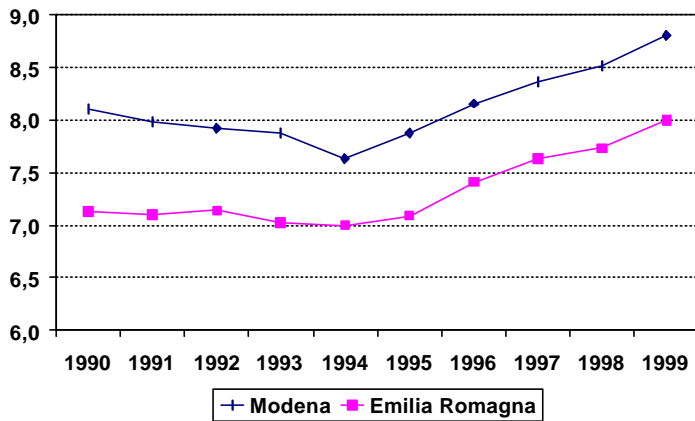
Nella stessa ricerca si è visto che il 28% delle famiglie emiliane convive con un malato cronico e tutti riconoscono il fatto che sono le donne le principali fornitrici di cure in questi casi, con conseguenze importanti anche sulla loro salute.

L'alto tasso di occupazione femminile nella nostra provincia deve porre l'attenzione sulla prevenzione di fattori di rischio specifici sul lavoro, che possono determinare patologie genere specifiche (ad esempio patologie osteoarticolari nei lavori di assistenza e cura, patologie del tunnel carpale nelle cassiere, abortività spontanea in alcuni lavori a rischio, alterazioni del ciclo mestruale per le turniste, etc.)

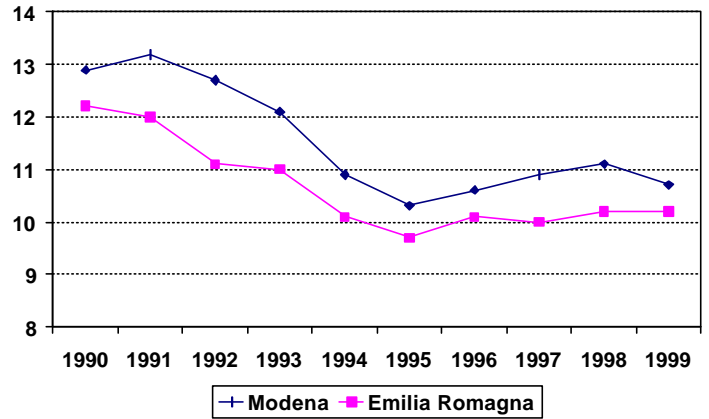
La popolazione femminile modenese è caratterizzata quindi da:

- popolazione anziana in aumento con rischi correlati alla disabilità, alla solitudine, alla dipendenza e alla povertà;
- tasso di fecondità più elevato della media regionale anche se le donne fanno pochi figli, e li fanno più tardi;
- tasso di abortività spontanea e volontaria lievemente superiori alla media regionale;
- forte partecipazione delle donne al mondo del lavoro con contemporaneo impegno nel lavoro di cura (doppia presenza), rimanendo nella società attuale invariati gli stili tradizionali di divisione tra i sessi del lavoro domestico e di cura;
- le donne presentano una scolarizzazione elevata, maggiore di quella maschile;
- le famiglie sono costituite da genitori con figli/o, sono quasi scomparse le famiglie allargate, ¼ delle famiglie è composta da una sola persona;
- sono in forte aumento dal 1995 le giovani donne immigrate che sono portatrici di stili riproduttivi differenti.

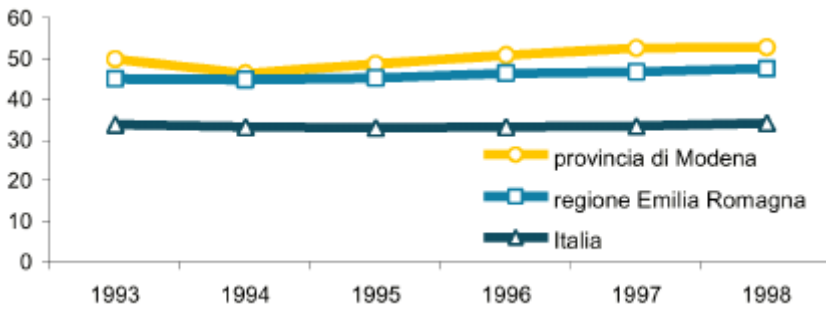
Tasso di natalità Modena - Regione Emilia Romagna (nati x 1000 abitanti)- anni 1990-1999.Fonte: Ass. Sanità RER



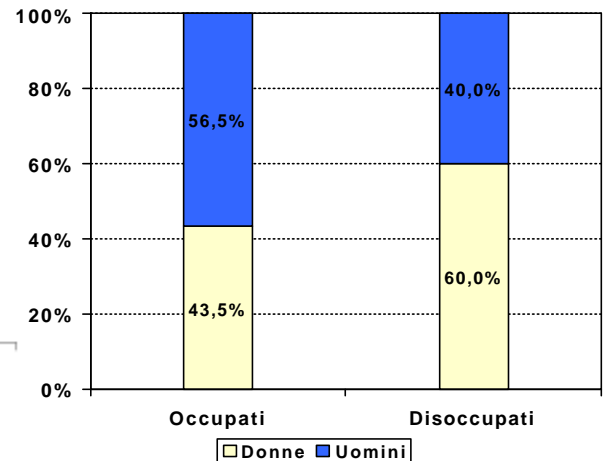
Tasso di abortività Modena - Regione Emilia Romagna (IVG x 1000 donne in età feconda)- anni 1990-1999.Fonte: Ass. Sanità RER



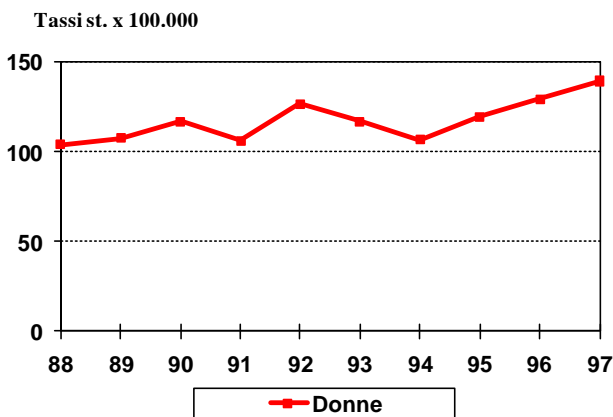
Tasso di occupazione femminile della popolazione in età lavorativa (occupate/popolazione femminile x 100). Anni 1993-1998. Fonte: Modena in cifre (ed. 1999)



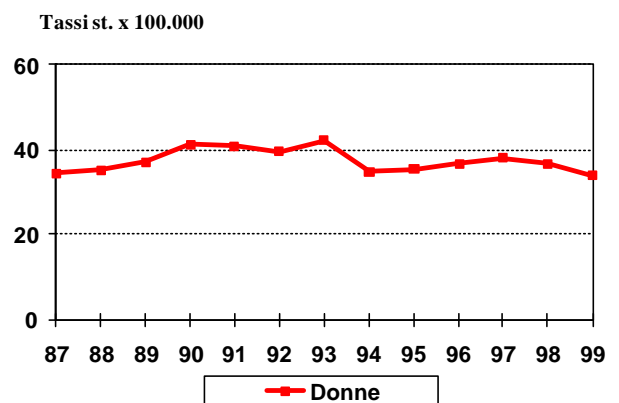
Tassi di occupazione (occupati/popolazione x 100) e di disoccupazione (disoccupati/forze di lavoro x 100) per aree - Media annua 1998. Fonte: Modena in cifre (ed. 1999)



Incidenza dei tumori della mammella in provincia di Modena. Tassi Standardizzati per 100.000 (st. Italia '91). Anni 1988-97. Fonte: Registro Tumori di Modena



Mortalità per tumori della mammella in provincia di Modena. Tassi Standardizzati per 100.000 (st. Italia '91). Anni 1987-99. Fonte: Registro Tumori di Modena



OBIETTIVI E AZIONI

AREE DI INTERVENTO

Dall'analisi dei dati e dei documenti a disposizione il gruppo di lavoro ha individuato le seguenti aree d'intervento prioritarie per il lavoro dei piani per la salute nei prossimi anni:

- Salute della donna e riproduzione;
- Salute sessuale e controllo della fecondità;
- Salute psico-relazionale;
- Abuso e maltrattamento;
- Salute della donna (disturbi del comportamento alimentare/ patologie ginecologiche benigne/ età post fertile).

Salute della donna e riproduzione

Questa area è caratterizzata, come già detto precedentemente, da:

- un tasso di natalità più alto della media regionale, ma comunque basso;
- ricerca del primo figlio in età relativamente avanzata;
- un aumento della natalità negli ultimi 5 anni legato all'arrivo di giovani coppie immigrate nella nostra provincia;
- un'eccessiva medicalizzazione dell'evento "nascita";
- tassi di allattamento al seno soprattutto al 3° e 6° mese ancora troppo bassi rispetto agli standard proposti dall'OMS;
- presenza di molte famiglie mononucleari senza una rete parentale e/o amicale che possa intervenire in momenti critici quali la gravidanza, il parto, il puerperio o la malattia dei figli piccoli o di un genitore (concetto di famiglie "fragili", cioè famiglie "normali" ma senza rete);
- un aumento relativo dell'infertilità di coppia correlata alla ricerca del primo figlio in età avanzata;
- esigenza di appropriatezza degli interventi preventivi, diagnostico e terapeutici su aree così "sensibili" quali quelle della riproduzione.

Obiettivi da perseguire:

- sostenere le scelte riproduttive degli individui e delle coppie;
- sostenere percorsi di "empowerment" della donna e dell'uomo sulla gravidanza, la nascita e l'allevamento del bambino;
- garantire l'applicazione della legge 26/98 sull'assistenza al parto;

- promuovere e sostenere l'allattamento al seno;
- quantificare e prevenire il fenomeno dell'infertilità di coppia;
- garantire la presa in carico ed equità d'accesso a percorsi diagnostico terapeutici integrati e validati sull'infertilità di coppia;
- garantire l'accessibilità di tutti i servizi preventivi, diagnostico e terapeutici ai target di popolazione più svantaggiata quali le donne immigrati e le adolescenti.

Azioni specifiche per raggiungere gli obiettivi proposti:

Nell'ambito della **prevenzione** si ritengono prioritarie le seguenti azioni:

- ridurre la diseguaglianza tra i sessi e favorire la scolarizzazione delle donne, soprattutto immigrate, attuare interventi di sostegno alla popolazione a rischio sulla salute riproduttiva;
- potenziare gli interventi di sostegno delle famiglie con bimbi piccoli, garantire asili nido e scuole d'infanzia con orari flessibili, promuovere luoghi ricreativi per famiglie con figli piccoli;
- promuovere l'informazione con campagne mirate sulla salute riproduttiva e sui diritti della donna e dell'uomo relativi alla genitorialità (legge 53/2000);
- garantire il controllo degli ambienti di lavoro e di vita con particolare attenzione agli effetti nocivi sulla salute riproduttiva;
- rendere accessibili i servizi di prevenzione a tutta la popolazione di riferimento con azioni mirate per l'accesso dei gruppi più svantaggiati (immigrate, adolescenti, popolazione a rischio sociosanitario).

Azioni relative ai capitoli **diagnosi e terapia** :

- individuare protocolli specifici di assistenza delle gravidanze multiproblematiche con operatori dedicati;
- individuare modalità di sostegno, anche col coinvolgimento del volontariato, delle famiglie "fragili" nell'ambito del percorso nascita, come ad esempio l'assistente alla madre;
- individuare interventi mirati di contrasto delle dipendenze (fumo alcool, oppiacei) nelle donne in gravidanza;
- garantire informazioni accurate a tutta la popolazione, in particolare ai giovani, sulle problematiche legate alla maternità, paternità e sterilità;
- garantire percorsi diagnostici con la definizione dei livelli dei vari centri sull'assistenza alla nascita e alla sterilità, supportati da linee guida condivise, in tutto l'ambito provinciale, garantire la verifica degli interventi svolti e la diffusione dei risultati alla popolazione;
- garantire la consulenza psicologica sia sul percorso nascita che sulla sterilità;

- pubblicizzazione dell'allattamento come pratica di salute, anziché come espressione di scelte ideali nella maternità;
- predisposizione di situazioni ambientali favorevoli all'allattamento (locali pubblici, nidi, luoghi di lavoro, ospedali);
- promuovere azioni per la "umanizzazione" della nascita ed un'assistenza personalizzata del parto;
- promuovere studi ed interventi di formazione, informazione sul controllo del dolore durante il travaglio parto, sperimentare più opportunità di controllo del dolore durante il parto;
- garantire la scelta nella sicurezza rispetto alle modalità ed al luogo del parto;
- garantire informazioni corrette, a tutte le coppie interessate, sulle terapie della sterilità, sui risultati attesi e sulle leggi che regolamentano gli affidi e le adozioni.

Salute sessuale e controllo della fertilità

In questo ambito d'intervento pochi sono gli indicatori disponibili, sarebbe utile monitorare l'incidenza e la prevalenza delle malattie sessualmente trasmesse, le gravidanze nelle minorenni, le scelte contraccettive della popolazione fertile.

Un dato indiretto dell'efficacia del controllo della fertilità nella popolazione è il tasso di IVG, che nella nostra provincia è leggermente più elevato del tasso regionale, come peraltro risultano più elevati il tasso di natalità e di abortività spontanea. Questi dati sono peraltro associati in questi ultimi anni, come già detto, all'aumento della percentuale di popolazione femminile in età fertile immigrata.

Da ricerche effettuate in Italia ed in Europa, risulta evidente la presenza di una quota di popolazione in età fertile che non usa metodi contraccettivi adeguati alle scelte riproduttive dichiarate; questa popolazione è a forte rischio di gravidanze non desiderate.

Il tema della contraccezione peraltro 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. oltre che dalle condizioni socio culturali.

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

E' 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.

Il gruppo di lavoro ha individuati i seguenti obiettivi:

- Promuovere il benessere sessuale nei giovani;
- Promuovere scelte contraccettive consapevoli nelle donne e negli uomini;
- Ridurre l'incidenza delle MST;
- Ridurre il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza;
- Garantire l'applicazione della legge 194.

Sono state inoltre identificate le azioni ritenute efficaci per raggiungere gli obiettivi su elencati suddivise per la parte preventiva e di diagnosi e terapia.

Per la **prevenzione**:

- rendere accessibili, anche alle fasce di popolazione più svantaggiata, tutte le metodiche contraccettive ed i servizi per la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse (incentivi economici per l'accesso ai metodi contraccettivi, mediazione culturale per le donne immigrate, progetti mirati per le prostitute, etc.);
- promuovere campagne di educazione alla salute sessuale e alla procreazione responsabile su target specifici di popolazione (adolescenti, donne immigrate, prostitute, etc.);
- sperimentare nuove metodiche di approccio alle popolazioni target: siti web, videocassette.

Per la **diagnosi e la terapia** :

- formare alla consulenza transculturale gli operatori dei servizi dedicati;
- promuovere l'informazione, la discussione oltre che la distribuzione di materiale informativo multilingue (su carta ma anche videocassette e/cd rom) sulle metodiche contraccettive, sulla legge 194 e sulla diagnosi e terapie delle MST nelle scuole, negli ambienti di vita e di lavoro;
- garantire l'accesso tempestivo della popolazione svantaggiata ai servizi diagnostico-terapeutici per le MST;
- realizzare protocolli sull'assistenza contraccettiva e sulla prevenzione, diagnosi e terapia delle MST;
- coinvolgere i medici di medicina generale nell'assistenza;
- garantire un'assistenza multidisciplinare integrata e personalizzata, compresa l'assistenza psico-sessuologica;
- garantire l'applicazione della legge 194, compresa la possibilità di testare metodiche d'intervento meno invasive e più rispettose della dignità della donna;

Salute psico-relazionale

La specificità della salute psico-relazionale della donna è fortemente correlata agli eventi fisiologici quali il menarca, la gravidanza, la menopausa ma anche a fattori socioculturali importanti quali la “doppia presenza”, i rapporti di coppia, la condivisione del lavoro di cura e domestico, la flessibilità degli orari di lavoro, la solitudine in alcuni momenti della vita (vedovanza, malattie gravi, etc.).

Sostenere la donna, anche dal punto di vista psico-relazionale, non significa individuarla come elemento debole, bensì come elemento strategico della nostra società cui sono richiesti più compiti e ruoli che determinano il benessere di tutti a partire dai figli. Ciò non implica una rinuncia a perseguire nella società una suddivisione più equa dei ruoli ed una riduzione del “peso del lavoro” attualmente affidato alle donne.

Gli obiettivi da perseguire sono :

- promuovere il benessere psicorelazionale della donna e della coppia nelle fasi del ciclo di vita (adolescenza, maternità/paternità, genitorialità, menopausa, malattie gravi);
- sostenere la donna e la coppia nelle fasi critiche del ciclo di vita familiare (separazione, lutti, caregiving su un familiare con patologie gravi);
- garantire la presa in carico della donna con problematiche psicorelazionali.

Le azioni individuate dal gruppo sono:

Prevenzione:

- sostenere le donne con famiglie “fragili” con interventi economici e sociali, attivando le risorse del volontariato;
- promuovere ricerche sugli interventi efficaci nel sostegno delle famiglie “fragili”;
- facilitare l'accesso al lavoro delle donne con famiglie "fragili" e consentire flessibilità negli orari e partime;
- promuovere la condivisione del lavoro di cura nella famiglia e nella società;
- facilitare la condivisione del lavoro di cura nella famiglia garantendo flessibilità e tempi di lavoro adeguati ai bisogni del ciclo familiare a tutti i lavoratori/trici;
- promuovere conoscenza nella società (scuola, luoghi di lavoro, luoghi ricreativi culturali) sulla salute psico-relazionale con particolare riferimento alle fasi del ciclo di vita personale e familiare.

Diagnosi e terapia:

- garantire la presenza di un'assistenza psico-relazionale consultoriale integrata nel Dipartimento di Cure Primarie nel Distretto Sanitario;

- garantire e promuovere sostegno psico-relazionale della donna e della coppia nelle fasi del ciclo di vita (adolescenza, maternità/paternità, menopausa, malattie gravi);
- definire protocolli di intervento condivisi sulla consulenza e la psicoterapia relative al sostegno delle fasi del ciclo di vita personale e familiare integrati nelle attività del Dipartimento Cure Primarie e con il Dipartimento di Salute Mentale.

Abusi e maltrattamenti

Dal documento salute donna regionale:

“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 è responsabile della perdita di uno su cinque giorni lavorativi delle donne in età riproduttiva.

Il sistema socio-sanitario ha un luogo 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 del 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 ma possono ammettere la presenza di violenza nelle loro vite se una operatrice/tore socio-sanitario le fa delle domande apposite in un ambiente accogliente, sicuro e in privato. Diversamente a quanto aspettato, le ricerche condotte in questo ambito hanno evidenziato che le donne ammettono la situazione di violenza subito se le vengono poste delle domande dirette e non giudicanti.”

Nella nostra realtà provinciale sono attive associazioni di volontariato che operano in questo settore e rapporti di collaborazione informale tra queste e gli operatori socio-sanitari.

Abbiamo pochi dati per valutare il fenomeno e la sensazione comune è che esso sia anche da noi sottostimato in particolare per la violenza in ambito domestico. Il gruppo ha quindi individuato i seguenti obiettivi:

- promuovere il “riconoscimento” della violenza contro la donna;
- prevenzione del fenomeno della violenza alla donna anche in ambito domestico;
- garantire sostegno ed assistenza alle vittime della violenza;
- promuovere il recupero degli attori della violenza.

Per il raggiungimento di tali obiettivi si ritengono efficaci le azioni seguenti

Prevenzione:

- sostenere e promuovere le politiche di pari opportunità nella scuola e nel lavoro;
- promozione di programmi (scuole, massmedia) di valorizzazione della differenza di genere e di contrasto dei comportamenti violenti;
- realizzare interventi urbanistici che tengano conto della sicurezza nei parchi, nelle strade della città/paese di notte;
- riconoscere e segnalare i casi a rischio di violenza e realizzare progetti socio-sanitari integrati di intervento in ambito preventivo con particolare attenzione anche alla popolazione immigrata.

Diagnosi:

- garantire interventi di sostegno socio-economico alle vittime della violenza ed ai loro familiari minori;
- coordinare interventi specifici intersettoriali per la individuazione della violenza alle donne, con particolare attenzione a quella domestica;
- progettare interventi di formazione degli operatori pubblici che possono venire a contatto con le vittime della violenza (operatori sanitari, prefettura, carabinieri, operatori sociali) per il riconoscimento "tempestivo" della stessa;
- individuare e formare un pool di operatori dedicati "esperti" da attivare in caso di bisogno (violenza sessuale);
- realizzare protocolli di lavoro intersettoriali sulla diagnosi della violenza in collaborazione con le associazioni del settore.

Terapia e riabilitazione:

- promuovere interventi intersettoriali e sostenere le associazioni di volontariato del settore;
- garantire i percorsi socio-assistenziali tempestivi alle vittime della violenza con accessi facilitati;
- facilitare gli interventi di reinserimento lavorativo delle vittime della violenza;
- realizzare protocolli terapeutici e riabilitativi socio sanitari intersettoriali per le vittime della violenza e degli abusi in collaborazione con le associazioni del settore;

- sperimentare interventi riabilitativi sulle persone che agiscono la violenza.

Salute della donna

In questa area sono confluiti alcuni problemi della salute della donna ritenuti prioritari per l'incidenza del fenomeno (disturbi del comportamento alimentare), per la non appropriatezza delle terapie (patologie ginecologiche benigne) e per la forte valenza preventiva e di qualità della vita (epoca menopausale ed età post fertile).

Gli obiettivi sono:

- riduzione dei disturbi del comportamento alimentare;
- riduzione degli interventi invasivi nelle patologie ginecologiche benigne in particolare le isterectomie;
- promuovere il benessere in menopausa e nell'età post fertile.

Le azioni individuate efficaci :

Prevenzione:

- potenziare gli interventi di promozione del benessere psicofisico dei ragazzi e delle ragazze nelle scuole (Health Promoting School);
- promozione dell'informazione alimentare e del benessere corporeo negli ambienti di lavoro;
- divulgazione con iniziative mirate sulla popolazione in menopausa di materiale informativo sulla prevenzione delle principali patologie della postmenopausa;
- organizzare manifestazioni sportive sociali (passeggiate, gite in bicicletta ecc.);
- valutare le condizioni lavorative delle donne con attenzione alle problematiche legate alla specificità del corpo femminile;
- elaborare materiale informativo sulle principali patologie benigne ginecologiche e sugli interventi appropriati di prevenzione e diagnosi e diffonderlo con iniziative mirate;
- garantire interventi preventivi e diagnostici sulle principali patologie ginecologiche benigne in ambito consultoriale in integrazione con l'ospedale;
- promuovere studi e convegni circa l'incidenza e le indicazioni per l'isterectomia;

Diagnosi/terapia:

- aggiornare gli operatori degli Spazi Giovani, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta sui disturbi del comportamento alimentare in termini di incidenza, implicazioni socio-culturali, prevenzione, diagnosi e terapia;
- individuare in ambito aziendale gli interventi preventivi ed i percorsi diagnostico terapeutici integrati sui disturbi del comportamento alimentare;

- garantire l'accesso ai servizi sui disturbi del comportamento alimentare a tutta la popolazione di riferimento in particolare a quella più svantaggiata;
- promuovere la diffusione delle informazioni sulle indicazioni all'isterectomia ed eventuali terapie alternative anche con materiale informativo adeguato;
- elaborazione di protocolli sull'isterectomia e le terapie mediche e chirurgiche non invasive delle principali patologie ginecologiche benigne (prolassi e incontinenza, fibromi, endometriosi, metropatie emorragiche);
- individuazione di centri pilota, in ambito provinciale, per la terapia dei casi più complicati;
- assicurare l'adesione ai protocolli aziendali e la possibilità di ricorrere ad una chirurgia non invasiva (isteroscopia, ablazione endometriale) e terapia medica e riabilitativa (riabilitazione del piano perineale, biofeedback); audit clinici su casi significativi;
- garantire la diffusione delle linee guida ai medici di base e l'integrazione consultorio-ospedale.