

## SALUTE DONNA

### Seminario sul Programma di Azioni del Piano per la Salute per il Distretto di Modena

**1 marzo 2006 – ore 14,30**  
**Fondazione San Carlo – Modena**

*“Cosa stiamo facendo per migliorare la qualità della  
vita delle donne?”*



**“Tre Donne”, Pablo Picasso**

<p>Apertura lavori</p> <p><u>Giorgio Pighi</u> <span style="float: right;"><u>pag. 3</u></span></p>	
<p><b><u>I SESSIONE</u></b></p> <p>Presiede e Coordina Francesca Maletti</p> <p>Predisposizione e stato di attuazione del <b>Programma Salute Donna</b></p> <p><u>Paolo Tori</u> <span style="float: right;"><u>pag. 6</u></span></p> <p>Indirizzi e priorità per la realizzazione del Piano per la Salute negli anni 2006 - 2007</p> <p><u>Simona Arletti</u> <span style="float: right;"><u>pag. 6</u></span></p> <p>Le condizioni di vita e di lavoro nella società modenese in una prospettiva di genere</p> <p><u>Tindara Addabbo</u> <span style="float: right;"><u>pag. 8</u></span></p> <p>I bisogni di salute di genere con particolare riferimento al parto e alle scelte consapevoli sulla maternità</p> <p><u>Silvana Borsari</u> <span style="float: right;"><u>pag. 8</u></span> <u>Fabio Facchinetti</u> <span style="float: right;"><u>pag. 9</u></span></p> <p>Miglioramento dei percorsi dedicati alla diagnosi e cura dei tumori femminili</p> <p><u>Ennio Gallo</u> <span style="float: right;"><u>pag. 10</u></span> <u>Marco Turci</u> <span style="float: right;"><u>pag. 11</u></span></p>	<p><b><u>II SESSIONE</u></b></p> <p>Presiede e coordina Simona Arletti</p> <p>TAVOLA ROTONDA</p> <p>"Il contributo della Società Civile al programma PPS e alle priorità 2006 - 2007"</p> <p><b><u>I contributi delle Associazioni</u></b> <span style="float: right;"><u>pag 13</u></span></p> <p>IN RAPPRESENTANZA di tutte le Associazioni coinvolte, ovvero:</p> <p>Associazione Differenza Maternità, Associazione Spazio Nascita, Associazione Mamme per le Mamme, Associazione Pollicino, Associazione La Tribu' dei Ma-Pi, Centro di Consulenza per la Famiglia, Associazione Centro di Aiuto alla Vita, Associazione Casa delle Donne Contro la Violenza, Associazione Gruppo Donne e Giustizia di Modena, Coordinamento Donne Cgil Modena, Coordinamento Donne Cisl Modena, Coordinamento Donne Uil Modena, Unione Donne Italiane di Modena, Centro Italiano Femminile di Modena, Associazione Donne nel Mondo,</p>

**Di seguito sono raccolti i contributi dei partecipanti al seminario, in ordine di intervento. Le presentazioni, se presenti, sono raccolte singolarmente in uno spazio a parte dove è possibile visionare le slides eventualmente proiettate dai relatori il giorno del convegno.**

## **Giorgio Pighi, Sindaco di Modena**

Ritengo opportuno, aprendo questo seminario, prima di tutto sottolineare che tra le priorità inserite nel programma di mandato della attuale Giunta del Comune di Modena abbiamo collocato le Politiche per la Salute, ciò anche in seguito alle indicazioni e conoscenze acquisite con l'esperienza maturata nella precedente Giunta con la predisposizione ed attuazione del Piano per la Salute, intesa quest'ultima nel termine più ampio di benessere psichico, fisico e relazionale dell'individuo e dell'intera collettività.

L'impegno di migliorare ulteriormente il benessere della nostra popolazione lo abbiamo assunto collegialmente come Giunta Comunale e pertanto le azioni che dobbiamo intraprendere per raggiungere tale obiettivo sono da iscriversi alla responsabilità di tutti gli Assessori, per le materie delegate alla loro competenza, anche se la responsabilità sull'attuazione dell'intero Piano per la Salute ed in generale delle Politiche per la Salute è stata assegnata all'Assessore Arletti.

Infatti, per favorire una maggiore attenzione politica a tale tema, ho ritenuto opportuno delegare a un assessore la sua gestione e non mantenerla in capo al sottoscritto Sindaco, così come invece era avvenuto nella precedente Giunta.

Pertanto tutti gli assessori e gli assessorati del Comune sono direttamente coinvolti nell'attuazione di interventi dedicati ad aumentare il benessere della nostra popolazione e il compito delegato all'Assessore alle Politiche per la Salute non può non essere che quello di coordinare, stimolare e verificare l'attuazione di politiche settoriali rivolte a raggiungere gli obiettivi di salute prefissati, ciò naturalmente sia all'interno del comune, che verso tutti gli attori che decidono di partecipare al Patto di Solidarietà per la Salute: Aziende Sanitarie, Enti, Aziende e Istituzioni Locali, Istituti Scolastici, Associazioni dei cittadini e di volontariato, Forze sociali ed economiche, ecc.

Abbiamo assunto una specifica responsabilità verso l'intero Consiglio Comunale e la collettività Modenese di continuare ad aggredire quei determinanti che condizionano la nostra salute e di misurare se gli interventi che abbiamo messo in rete vengono realizzati e producono gli effetti sperati.

Il Piano per la Salute può essere utilizzato quindi come uno strumento condiviso ed adottato da tutta la cittadinanza, consapevole che la salute è un bene primario e che di conseguenza necessita di "attenzione prioritaria".

Come sapete il nostro Piano è articolato in sei programmi tutti in corso d'attuazione dal 2004 : Sicurezza Stradale, Salute Anziani, Salute e Sicurezza sul Lavoro, Salute Infanzia e Adolescenza, Patologie Prevalenti, Salute Donna.

Oggi discutiamo nel merito del programma Salute Donna e del suo sviluppo nel prossimo biennio.

Occorre premettere che per tale gruppo di popolazione sono particolarmente evidenti alcune problematiche di salute derivanti da specifiche differenze di genere, ma anche e soprattutto da peculiarità dovute alla organizzazione della società che riserva ancor oggi un ruolo e un carico di lavoro più pesante alle donne rispetto sia alla conduzione delle attività domestiche che al lavoro di cura rivolto ai figli e agli anziani.

Le donne, inoltre, vivono in media più anni degli uomini, ma spesso sopportano più anni in stato di disabilità e di dipendenza.

I mutamenti in atto nella società rischiano di accentuare disagi e difficoltà che spesso ricadono sulla popolazione femminile e a cui non è oggi, ne lo sarà domani, certo possibile dare risposte unicamente con gli interventi e i servizi di supporto delle Istituzioni, ma a cui occorrerà far fronte con lo sviluppo di sinergie tra quanti hanno capacità e competenze per interventi e prestazioni rivolte a lenire tali disagi e con l'attivazione di reti di solidarietà, di aiuto e autoaiuto.

Per quanto sopraddetto era necessario descrivere con una lettura di genere la situazione esistente sul nostro territorio, analizzare i bisogni emergenti, e censire le azioni in corso per rispondere ad essi, delineando strategie e obiettivi a cui tendere.

Occorre sottolineare come le azioni raccolte sono state dirette essenzialmente verso tre direttrici:

- la prima a promuovere opportunità che possano favorire il benessere della donna alleviando i suoi carichi di lavoro domestico e di cura con l'obiettivo di rispondere a quella richiesta, avanzata dalla maggioranza di esse e evidenziata nei recenti sondaggi promossi sul territorio comunale, di avere un po' più di tempo disponibile per se stessa;
- la seconda a favorire e migliorare gli interventi tesi a garantire la salute riproduttiva e di genere cercando di migliorare l'accesso ai servizi a ciò dedicati e la qualità delle prestazioni da questi erogate;
- la terza a mitigare le situazioni di disagio esistenti e a ridurre i danni per la categorie più svantaggiate e bisognose.

La situazione messa a fuoco, pur delineando una ricchezza di interventi e di conquiste che evidenziano come, con le politiche messe in atto da tempo dall'amministrazione, con il concorso delle associazioni femminili, molti problemi sino stati affrontati e risolti, evidenzia la necessità di proseguire nell'attivazione di politiche ed interventi che migliorino ulteriormente la condizione della donna permettendole di raggiungere un più alto livello di benessere.

I 51 interventi contenuti nel programma sono prova tangibile che il tentativo avviato produrrà buoni risultati e promuoverà un ulteriore miglioramento della salute della donna.

L'ampia partecipazione diretta alla costruzione del programma da parte delle associazioni femminili e il coinvolgimento di tanti soggetti esterni all'Amministrazione Comunale e alle Aziende Sanitarie permettono di affermare che il messaggio che volevamo promuovere con la predisposizione dei programmi di azioni del Piano per la Salute è oggi patrimonio della nostra città.

La mutata composizione demografica della popolazione, i cambiamenti delle condizioni sociali collegati alle trasformazioni dei lavori, del sistema produttivo, delle famiglie, ecc. ; le politiche del Governo tese a ridurre la protezione sociale della popolazione tagliando le risorse a disposizione delle Regioni e degli Enti Locali destinabili ad interventi socio sanitari, nell'intento di privatizzare i rapporti tra gli utenti e i servizi, addossando esclusivamente a chi ha bisogno l'onere di sostenere le spese per acquisire le necessarie prestazioni; il progressivo indebolimento del potere di acquisto per le fasce più deboli; delineano uno scenario di nuovi bisogni di salute, che occorre conoscere e governare.

Il diverso peso dei determinanti sullo stato della salute di una popolazione si è modificato negli anni: vi è stata una presa di coscienza del ruolo centrale dei fattori non appartenenti al sistema di cure e del fatto che il sistema di assistenza non può da solo produrre salute.

La sfida pertanto non è solo nel mantenere, potenziare e migliorare il sistema di assistenza sanitaria e sociale, che deve essere efficace, efficiente ed appropriato, ma di realizzare una politica di sviluppo sociale, del lavoro, della scuola, dell'ambiente, della lotta alla emarginazione, di sostegno alle famiglie per affrontare il lavoro di cura ad esse spettante, ecc.. questi devono essere gli obiettivi e le strategie perseguite da tutti i livelli di governo, sia centrali che locali.

E' chiaro che, se si vogliono modificare significativamente le prospettive di salute degli individui e delle comunità, occorre intervenire sulle politiche e sui comportamenti che influenzano la distribuzione di tutti quei fattori che la determinano (istruzione, ambiente, trasporti, territorio, medicina convenzionale e non, ecc.), aumentando così le opportunità di benessere e limitando le conseguenze della malattia di chi è più bisognoso perché meno fortunato.

Un'enfasi particolare è stata dedicata nelle analisi compiute al tema delle disuguaglianze nella salute, dato che le differenze nella salute (sia quelle geografiche sia quelle sociali) sono il più semplice criterio operativo per identificare possibili spazi di miglioramento e di intervento, rivolti specialmente a sostenere le fasce di popolazione più deboli: Vogliamo superare, al più presto e per quanto possibile, le disuguaglianze dovute al genere che penalizzano in modo specifico quello femminile.

Per promuovere la salute è necessario un forte e integrato intervento sui fattori che la determinano, così come è necessario un forte Servizio Sanitario e una qualificata rete di servizi sociali sul territorio, interventi adeguati sull'ambiente, sull'istruzione, sull'urbanistica, sulla mobilità e viabilità, ecc.

In un sistema che si ritiene debba orientarsi verso un federalismo solidale e verso competenze statuite a livello di pari dignità fra Stato, Regioni, Comuni e altri Enti territoriali è estremamente importante disporre di analisi puntuali delle dinamiche territoriali e conseguenti valutazioni sulle performance e sugli obiettivi da conseguire dai sistemi di governo decentrati, utilizzando a tal fine in maniera coordinata gli interventi rivolti al miglioramento della salute, individuati, a seguito di concertazione con le parti sociali, con le associazioni o altre rappresentanze dei cittadini, dai diversi settori dell'Amministrazione Comunale e delle Aziende Sanitarie con l'utilizzo dei consolidati strumenti di programmazione e partecipazione (PdZ, A21, ecc.).

I cambiamenti comportamentali e le aspettative dei cittadini sono sempre più rivolti in termini di qualità di vita globale, che va dalla richiesta di una buona qualità dell'aria e dell'acqua, a quella della mobilità, dell'istruzione, della vita di relazione, del sistema di valori fondanti dell'intera comunità, ecc., con i programmi approvati abbiamo cercato di puntualizzare quali sono e saranno gli interventi programmati da quanti intendono contribuire a migliorare la situazione esistente.

E' stata altresì evidenziata la possibilità di intervenire per ottenere la eliminazione o riduzione delle numerose Morti Evitabili e dei molti Anni di Vita Potenziale Perduti, dei molti fenomeni morbosi non necessariamente mortali, una gran parte dei quali dovuti alla mancanza di prevenzione sia primaria che secondaria. Sono obiettivi che devono essere perseguiti ai diversi livelli di governo così come deve essere accentuata l'azione tesa a ridurre al minimo possibile il danno che incidenti, infortuni o patologie provocano ai cittadini meno fortunati e a potenziare le azioni di sostegno a questi ultimi e alle loro famiglie in modo da migliorarne per quanto possibile la qualità di vita.

E' necessario, allo scopo di migliorare il livello di salute della comunità, mettere in atto alleanze tra i vari settori di essa affinché ciascuno svolga il proprio ruolo.

Da questa consapevolezza discende la necessità di costruire strategie di salute, coordinate dal governo locale, coinvolgenti i singoli cittadini, il "terzo settore", il mondo economico e produttivo, le associazioni di categoria e sindacali, le istituzioni e i servizi competenti, in modo che tali soggetti divengano attori del "Patto di solidarietà per la Salute".

Il profilo di salute della città è caratterizzato da uno stato tra i migliori del nostro Paese: l'aspettativa di vita per i cittadini modenesi è infatti di 77,2 anni per gli uomini e 83,3 per le donne, ciò è dovuto principalmente ad una complessiva riduzione dei fattori determinanti che favoriscono e provocano l'insorgenza delle patologie e delle cause di morte.

Parte rilevante di questo risultato è certamente dovuto al buon funzionamento delle strutture socio sanitarie cittadine, all'organizzazione di servizi e attività efficaci, appropriate e accessibili ed ad una complessiva efficacia nell'azione di governo del territorio, dell'ambiente e delle attività tese a favorire l'integrazione delle diverse etnie e a sostenere i cittadini più deboli e bisognosi, consentendo così uno sviluppo socioeconomico della società modenese nel rispetto dei bisogni individuali e collettivi di salute.

Penso infine di poter affermare che quanto oggi andiamo a illustrare, in considerazione dell'ampia fattiva partecipazione delle associazioni femminili oltre che delle Istituzioni competenti, è diretto a mettere in moto una serie cospicua di interventi dedicati a migliorare ulteriormente la "salute" delle donne e le pari opportunità nella nostra città.

Finisco con un auspicio: il lavoro che abbiamo portato avanti deve continuare, essere migliorato e perfezionato tecnicamente, continuamente aggiornato, per far ciò occorre che i soggetti partecipanti al Patto di Solidarietà per la Salute impegnino loro risorse economiche ed intellettuali per individuare nuovi interventi adeguati a migliorare ulteriormente la situazione di benessere delle Donne modenesi e a prevenire quegli eventi che possono determinare per alcune di esse un peggioramento del loro stato.



## I SESSIONE

**Presiede e coordina:**

**Francesca Maletti, Assessore alle Politiche Sociali, Abitative e per l'Integrazione del Comune di Modena**

**Paolo Tori, Coordinatore Piano per la Salute del Distretto di Modena**

Predisposizione e attuazione del Piano per la Salute e del Programma di Azioni sulla salute Donna nel Distretto di Modena

## PRESENTAZIONE

**Simona Arletti, Assessore alle Politiche per la Salute del Comune di Modena**

“Indirizzi per la realizzazione del Piano per la Salute negli anni 2005 –2007”

Il Sindaco ha sottolineato, aprendo questo Seminario, come e con quali contorni politico amministrativi siamo arrivati a definire le nuove competenze e responsabilità all'interno della Giunta in merito alla individuazione, sviluppo e realizzazione di politiche per la salute della popolazione che naturalmente partono dall'attuazione del Piano per la Salute e dei suoi programmi, e, per quanto discutiamo oggi, dal programma sulla Salute Donna.

Io, in qualità di Assessore alle politiche per la salute, vorrei farvi partecipi di quanto abbiamo deciso, prima come Giunta e poi come Consiglio Comunale, di programmare e promuovere per il prossimo triennio. Pensiamo che le decisioni assunte ci permetteranno di raggiungere tangibili risultati sulle problematiche di salute, ed in particolare su alcuni fenomeni emergenti che sono stati evidenziati proprio grazie alla predisposizione ed attuazione dei sei programmi che formano l'intero Piano.

Abbiamo innanzitutto inteso, nel confermare la validità degli obiettivi su cui erano indirizzate le azioni che avevamo raccolto e inserito nei programmi, cercare e definire alcune priorità di intervento su cui concentrare risorse e, perché no, promuovere nuove e consistenti azioni nel prossimo triennio. Intendiamo con ciò promuovere ed attuare quelle politiche per la salute che possono determinare un ulteriore miglioramento della situazione esistente nel nostro territorio, anche se tale situazione è da molti considerata buona se non ottimale.

Prima di illustrarvi quali sono stati i ragionamenti che abbiamo percorso e le conclusioni a cui siamo giunti, vorrei rapidamente sottolineare alcuni aspetti qualificanti di quanto abbiamo fatto e di quanto andremo a realizzare in modo da migliorare la salute della nostra popolazione.

Sono convinta che quanto stiamo cercando di portare avanti abbia un essenziale e concreto requisito: quello di essere fattibile, almeno nella nostra realtà.

Come diceva il Sindaco l'attuazione del Piano per la Salute non può certamente essere affidata al solo assessore alla Salute, ma è un'azione che ricade su tutti gli assessori comunali, naturalmente in proporzione diversa a seconda della delega di ognuno. Nelle azioni di realizzazione, ma anche in quelle di definizione degli scenari e delle esigenze di intervento sono coinvolti e responsabili anche tutti quegli attori che partecipano al Patto di Solidarietà per la Salute, dalle Aziende Sanitarie, alle Istituzioni scolastiche, alle Associazioni di volontariato, ecc. ecc.

A noi come Comune spetta il compito, come Governo locale, di coordinare gli interventi, di mettere in rete quanti vogliono partecipare ai programmi e di individuare, con il consenso dei diversi soggetti che ad essi partecipano, le priorità su cui indirizzare nuove azioni.

Nel programma di azioni di cui discutiamo oggi sono assai rilevanti le azioni e strategie che portano avanti gli Assessori di tutta la Giunta. Abbiamo dedicato una notevole attenzione a definire quali azioni ed interventi ognuno di noi doveva porre in atto per attuare i diversi programmi in fase di realizzazione, oggi stiamo individuando, secondo le priorità definite e le risorse disponibili, le nuove azioni fattibili, lo stesso sforzo lo stiamo chiedendo a quanti partecipano all'attuazione del

Piano, naturalmente con questo non vogliamo certamente arrestare il processo avviato con i diversi programmi ne tanto meno dire che abbiamo raggiunto gli obiettivi che ci eravamo prefissati affermando così d'aver concluso l'azioni programmate.

Prima di illustrarvi le priorità che abbiamo scelto e che incidono o dovrebbero incidere sulla salute della Donna di cui oggi discutiamo, vorrei sottolineare alcuni obiettivi e strategie su cui riteniamo debba essere mantenuta alta e costante l'attenzione:

- uno degli obiettivi che sono stati perseguiti con l'attivazione dei programmi del Piano per la Salute era quello di mettere in rete le azioni che tanti soggetti stavano facendo per migliorare la situazione esistente, non solo, ma mettere in rete anche i diversi soggetti che operano sul territorio e spesso non sono conosciuti, siano essi soggetti dell'ente locale, delle aziende sanitarie, di altre istituzioni, di associazioni di cittadini e del volontariato, di forze sociali e economiche, ecc. Tale obiettivo è stato solo parzialmente raggiunto, come sapete stiamo cercando di evidenziare chi si pone in rete per sostenere i diversi bisogni di supporto delle donne, lo abbiamo fatto per sostenere quelle impegnate nell'allattamento al seno sia direttamente che indirettamente, fornendo supporto operativo e informativo che spazi adatti per allattare. Occorre ancora prestare una specifica attenzione ad esso e promuovere e stimolare una maggiore adesione e trasparenza della rete che può sostenere i diversi gruppi di popolazione nei diversi momenti di bisogno, individuando e descrivendo i soggetti che ne fanno parte e le prestazioni che essi possono erogare.
- Altro obiettivo da perseguire era e resta quello di prestare la massima attenzione alle disuguaglianze di salute che sono presenti anche nella nostra società, cercando sia di individuarle sia di diminuire il loro effetto, dirigendo interventi a sostegno dei più deboli e bisognosi, diminuendo per quanto possibile le difficoltà di accesso ai servizi. Anche in questo caso l'attenzione che dobbiamo porre al problema non può non rimanere alta e la ricerca delle possibili soluzioni deve essere attenta e continua, anche in considerazione dei rapidi e frequenti mutamenti che avvengono nella nostra società.
- Occorre certamente ancora sviluppare negli individui della nostra popolazione e in maniera particolare sulle nuove generazioni interventi formativi che stimolino le loro abilità in modo che i giovani possano trovare posto, a suo tempo, nelle attività lavorative aumentando altresì la autostima e le capacità relazionali dei singoli.
- Chi governa, o ha responsabilità di governo, deve aumentare la sensibilità nell'ascolto dei bisogni che emergono dal territorio e dalla popolazione utilizzando a ciò le istituzioni più decentrate, come le Circoscrizioni che sono più vicine ai cittadini, e gli strumenti di programmazione partecipata come per l'appunto il Piano per la Salute, Agenda 21 e i Piani di Zona, ecc.
- Occorre altresì insistere in esperienze di formazione ed educazione che trovano nella scuola e negli insegnanti i luoghi e i veicoli adatti per raggiungere risultati quantitativamente elevati e duraturi.

Premesso quanto ho detto che, considero e propongo come uno specifico argomento di riflessione e di discussione con quanti partecipano attivamente alle azioni che sono confluite nei programmi attuativi del Piano per la Salute, vengo ad illustrarvi gli indirizzi e le decisioni che abbiamo assunto come Comune di Modena.

Credo sia opportuno motivare le decisioni assunte pertanto è stato proposto e approvato:

di prendere atto delle procedure adottate per l'elaborazione del Piano per la Salute, nonché dei risultati con esso raggiunti,

- di approvare che l'intero Piano per la Salute del Comune di Modena abbia validità sino al 2007, confermando gli obiettivi individuati nei singoli programmi,

- di approvare le proposte di primi obiettivi prioritari su cui orientare nuove azioni per gli anni 2005-2007,
  - di approvare le proposte avanzate dalla Giunta per le fasi di verifica sull'attuazione del piano.
- Considerando e valutando la situazione esistente, ascoltando i bisogni emergenti dal territorio con l'ausilio dei Comitati tecnici istituiti per i sei programmi del Piano e del gruppo di coordinamento che segue la attuazione di tale Piano abbiamo individuato e proposto al Consiglio Comunale che le ha approvati, le seguenti priorità che possono determinare un ulteriore miglioramento della salute della donna o diminuire l'effetto di alcuni fenomeni negativi in atto:
- per il programma Sicurezza Stradale: interventi dedicati ad aumentare la sicurezza dell'utenza debole: bambini e ciclisti;
  - per il programma Salute Anziani: interventi per evitare o ritardare le disabilità invalidanti negli anziani e azioni atte a favorire il mantenimento a domicilio degli anziani non autosufficienti;
  - per il programma Salute e Sicurezza sul Lavoro : azioni indirizzate a coinvolgere le aziende con più di 100 addetti nelle problematiche di salute evidenziate nel PPS e nel programma;
  - per il programma Salute Infanzia e Adolescenza : interventi diretti alla prevenzione del disagio anche attraverso la promozione di comportamenti virtuosi a salvaguardia della propria salute;
  - per il programma Patologie Prevalenti : miglioramento della presa in carico dei pazienti affetti dalle cinque patologie prevalenti con particolare riferimento ai percorsi di continuità assistenziale;
  - per il programma Salute Donna: presa in carico dei bisogni di genere con particolare riferimento al parto e alle scelte consapevoli sulla maternità e miglioramento dei percorsi dedicati alla diagnosi e cura dei tumori femminili.

Ho riportato tutte le priorità che secondo me possono incidere direttamente o indirettamente sulla condizione di benessere delle donne e non solo su quelle indicate direttamente come problemi dovuti al genere di appartenenza.

E chiaro comunque che stiamo tentando di mettere in fila una serie di interventi che possono portarci a migliorare l'attuale situazione, non certo a risolvere tutti i problemi che sono stati evidenziati nella costruzione del programma primo di tutti quello di come è oggi organizzata e programmata la nostra società che mal si adatta a una effettiva parità tra i diritti e i doveri dei componenti dei due generi. Come sapete su alcune di queste priorità avevamo già molti interventi programmati a cui abbiamo aggiunto, promosso e realizzato alcuni altri (come la campagna per l'uso dei seggiolini e delle cinture di sicurezza nel trasporto dei bambini in auto o in bicicletta, la promozione dell'allattamento materno, il monitoraggio del soprappeso e dell'obesità nei bambini) su altre stiamo definendo il contesto su cui intervenire e raccogliendo le proposte di intervento.

Il seminario di oggi ci fornirà un quadro dettagliato degli interventi che abbiamo censito e promosso per l'attuazione del programma rivolti agli obiettivi che erano stati in esso individuati, ma anche delle proposte e considerazioni sulle priorità individuate e da sviluppare nei prossimi due anni.

Ringrazio tutti i relatori che hanno accettato di essere i protagonisti di questo pomeriggio e quanti sono intervenuti e avranno la pazienza di ascoltarci e di partecipare ai nostri lavori.

Un particolare ringraziamento infine al Sindaco e all' Assessore Maletti che partecipano attivamente al seminario, alle Associazioni Femminili che parteciperanno alla Tavola Rotonda e a quanti anno attivamente contribuito per la sua realizzazione.

**Tindara Addabbo, Gender CAAP Università di Modena e Reggio Emilia**

**PRESENTAZIONE**

**Silvana Borsari, Salute Donna AUSL di Modena**

**PRESENTAZIONE**



## **Fabio Facchinetti, AOU Policlinico di Modena, Dipartimento Materno Infantile**

Nell'ambito dei piani per la salute "DONNA", nel 2004, l'Azienda Policlinico si era posta alcuni obiettivi, da realizzarsi nell'ambito del Dipartimento Materno-Infantile. Gli obiettivi erano stati scelti in funzione di nuove istanze mediche e sociali originatesi nella società civile del paese, di cui talune acquisite nella Legge Regionale 26/1998.

Le parole chiave di queste trasformazioni, per lo più riferite al vissuto della gravidanza e del parto sono state: possibilità di scelta, capacità di controllo degli eventi, continuità delle cure. Circa le modalità del parto sono stati quindi perseguiti: 1) l'appropriatezza dell'intervento di taglio cesareo; 2) la istituzione di un centro per il "parto naturale"; 3) l'implementazione della parto-analgesia peridurale.

### Obiettivo 1

Si è dapprima costituito un Gruppo Provinciale di professionisti dell'Azienda Policlinico e degli altri Punti Nascita della Provincia di Modena che, insieme al CEVeAS ha discusso del continuo incremento del ricorso al Taglio Cesareo (TC) e, mediante l'analisi delle motivazioni all'intervento, ha stilato un documento concordando le indicazioni. Questo è servito a porre le basi per comportamenti omogenei e consentirà una raccolta dati storica e longitudinale.

Si è deciso anche di valutare gli orientamenti culturali dei professionisti coinvolti in tale scelta, medici e ostetriche, attraverso un protocollo di ricerca elaborato dal Dip. Materno-Infantile e dal CEVeAS, ricerca che è tutt'ora in corso.

Inoltre, i professionisti dell'Azienda Policlinico hanno organizzato delle analisi (Audit) sugli interventi eseguiti e discusso costantemente circa le aree controverse, anche a livello internazionale, come il parto nel pregresso TC e la richiesta materna senza indicazioni mediche.

La particolare attenzione focalizzata su questo obiettivo ha modificato i comportamenti dell'equipe risultando in una significativa riduzione dei TC, sia rispetto ai dati storici, che rispetto a realtà cliniche di pari complessità nel territorio regionale.

### Obiettivo 2

L'opinione pubblica (associazioni femminili, media, professionisti) ha da tempo messo in discussione il modello di parto nell'ambito ospedaliero. Pur riconoscendo i vantaggi circa la sicurezza della nascita (del cui possibile insuccesso peraltro vi è sempre meno tolleranza) è stata anche rilevata la eccessiva medicalizzazione di tale evento e la ridotta partecipazione delle partorienti.

Da queste premesse, nel 2004, si è costituito il gruppo di lavoro multidisciplinare composto da Ostetriche, Ginecologi e Medici di Direzione Sanitaria per costruire percorsi organizzativi e predisporre sul piano clinico-assistenziale l'assistenza al parto per gravide a basso rischio, ottemperando anche ai dettami della Legge Regionale su "Parto a domicilio, Case di maternità, umanizzazione del parto nelle strutture ospedaliere"

Dapprima è stata realizzata una struttura contigua alla Sala Parto tradizionale per ospitare il Centro Nascita Naturale e successivamente sono stati definiti i protocolli operativi per:

- Assistenza al parto operata dalle sole ostetriche (esente da interventi medici se non strettamente necessari per insorgenza di patologie)
- Rispetto dei tempi fisiologici del travaglio di parto
- Libertà di posizione della partorienti con maggior capacità di controllo
- Continuità assistenziale e maggior intimità
- Maggiore partecipazione della famiglia all'evento

Il Centro Nascita Naturale rappresenta l'ideale continuità delle cure per le gravide a basso rischio la cui gravidanza, nei consultori del Distretto 3 con cui è stato condiviso il progetto, è presa in carico prevalentemente dalle Ostetriche.

### Obiettivo 3

Dal 2004 è in corso un progetto pilota che ha reso disponibile la partoanalgesia peridurale alle gravide che ne facevano richiesta e non presentavano controindicazioni ostetriche o anestesologiche, ma solo nella fascia oraria 8-20 dei giorni feriali.

Tale restrizione ha fortemente limitato la disponibilità per l'utenza, ma ha fortemente motivato l'equipe assistenziale ed ha consentito di rinforzare le esperienze degli operatori.

I risultati sono stato molto buoni con profili di sicurezza ed efficacia simili a quanto atteso da precedenti esperienze. Mentre nella nostra Azienda continua l'esperienza pilota, la possibile offerta della parto-analgesia è oggetto di valutazioni, da parte di un organismo regionale.

## PRESENTAZIONE

### **Ennio Gallo, AOU Policlinico do Modena, Dipartimento Servizi Diagnostici e per Immagini**

#### MIGLIORAMENTO DEI PERCORSI DEDICATI ALLA DIAGNOSI E CURA DEI TUMORI FEMMINILI: MAMMELLA

Come in Italia anche nella Regione Emilia Romagna e nella Provincia di Modena, il tumore della mammella costituisce la neoplasia più frequente del sesso femminile. In particolare in provincia di Modena, come si evince dall'ultimo rapporto pubblicato dal Registro Tumori provinciale, l'incidenza dopo essere cresciuta fortemente nella seconda metà degli anni '90 per effetto dell'inizio dello screening di popolazione ( fascia di età 50-69 anni), registra da ormai 6 anni una sostanziale stabilità. Nel corso del 2003 si è inoltre osservato un deciso decremento dei tassi di mortalità, confermato dall'analisi di sopravvivenza. Vengono quindi confermati i miglioramenti ottenuti nella prognosi della malattia per effetto sia della anticipazione diagnostica legata all'attività di screening sia delle strategie terapeutiche.

Bisogna peraltro mantenere elevata l'attenzione sulle attività di prevenzione secondaria sia attraverso il miglioramento di alcune fasi del processo di screening (proposte a breve termine), sia sui percorsi di senologia clinica assimilandoli a quelli adottati nello screening mammografico (proposte a medio termine), sia con l'eventuale ampliamento delle fasce di età cui indirizzare il programma di screening (proposte a lungo termine).

#### Dati epidemiologici in Italia

- 30000 nuovi casi all'anno
- 27% dei tumori femminili
- 18% delle morti per tumore
- nell'arco della vita da 0 a 74 anni: 1 probabilità su 10 di ammalarsi
- mortalità: 11000 donne/anno

#### Dati epidemiologici in Emilia-Romagna

- Donne decedute per ca mammario nel 2002: 949 (16% delle morti per tumore nel sesso femminile)
- Nuovi casi nel 2002: 3679 (29,2% dei tumori femminili)

#### Dati epidemiologici nella Provincia di Modena

- Nuovi casi nel '93: 415; nel '03: 581
- Decessi nel '93: 170; nel '03: 110
- Rapporto mortalità/incidenza : 0,41; 0,19

#### Proposte a breve termine

- ❖ Migliorare la percentuale di adesione allo screening (già ottima per la popolazione modenese) attraverso un rinforzo del messaggio, con iniziative varie (spot radiofonici, incontri con medici di famiglia, incontri con organizzazioni di volontariato)
- ❖ Estensione della chiamata alle domiciliate
- ❖ Abbreviare i tempi di risposta al test negativo
- ❖ Abbreviare i tempi di approfondimento diagnostico e di trattamento nel test positivo

#### Proposte a medio termine

- ❖ Migliorare i percorsi di senologia clinica, assimilandoli a quelli di screening con creazione di unità funzionali che assicurino un percorso guidato alle donne con sospetta o accertata patologia tumorale.
- ❖ Per Modena l'ideale sarebbe quello di concentrare logisticamente le attività di screening mammografico e di mammografia clinica in un'unica sede facilmente identificabile dalle donne, in modo da sfruttare al meglio attrezzature e personale, pur tenendo distinti i percorsi. Si otterrebbe così economia di esercizio e semplicità d'accesso.

#### Proposte a lungo termine

Creare movimento di opinione per poter estendere lo screening:

- ❖ oltre i 69 anni, in considerazione dell'allungamento della speranza di vita e dell'incidenza del tumore in età avanzata e per evitare il "senso di abbandono" che le donne provano quando escono dallo screening al compimento dei 69 anni
- ❖ dai 45 anni, in relazione alla incidenza del tumore ed ai vantaggi in termini di anni di vita salvati

## PRESENTAZIONE

### Marco Turci, Programma Screening Citologico AUSL di Modena

#### MIGLIORAMENTO DEI PERCORSI DEDICATI ALLA DIAGNOSI E CURA DEL CERVICO-CARCINOMA

Lo screening citologico organizzato è iniziato a Modena nel 1996. Esso si rivolge a tutte le donne (residenti e domiciliate) di età compresa tra i 25 e i 65 anni offrendo, su chiamata, un Pap-test gratuito ogni tre anni.

Obiettivo del programma è quello di individuare e trattare le lesioni precancerose del collo dell'utero al fine di prevenire il tumore invasivo (prevenzione secondaria) diminuendo così la mortalità e la incidenza per questo tipo di tumore.

Dal gennaio 2005 è iniziato il 4° round su tutta la provincia di Modena.

Perché lo screening risulti efficace è necessario, sopra ogni altra cosa, raggiungere elevati livelli di adesione all'invito (diap 3) delle donne durante tutto il percorso (pap-test, colposcopia, trattamento, follow-up). Altrettanto importante è il costante monitoraggio della qualità delle prestazioni, l'adesione ai protocolli e l'aggiornamento degli operatori.

La COPERTURA DIMOSTRABILE (diap 4) rappresenta la percentuale di donne che hanno notoriamente e sicuramente effettuato un pap-test nel triennio. Essa è data dalla somma tra le donne rispondenti all'invito (dato in continua crescita) + le donne che aderiscono spontaneamente + le donne che hanno comunicato l'esecuzione del pap-test in altra sede..

Durante il 3° round essa è stata del 72% nel comune di Modena e del 71,5% in tutta la Provincia.

Da una ricerca demoscopia effettuata nel 1999 è risultato che la copertura stimata a Modena si aggira intorno al 80%

Purtroppo la maggior parte dei tumori invasivi si registra proprio tra le donne che non effettuano da almeno 10 anni un pap-test.

Altrettanto importante è l'adesione al 2° livello (diap 5) che vuol dire che le donne che hanno avuto un pap-test positivo (circa il 2,2% delle donne aderenti, trend in calo ad ogni round) accettano di rivolgersi alle strutture pubbliche di screening per gli approfondimenti diagnostici e per eventuali trattamenti. Il percorso comprende la colposcopia con eventuale biopsia mirata e successivamente alla conferma istopatologica il trattamento distruttivo (diatermocoagulazione) o escissionale (conizzazione) ma entrambi trattamenti conservativi nel senso che mantengono l'integrità funzionale del collo dell'utero.

#### MIGLIORAMENTI EFFETTUATI E/O IN ATTO

##### 1) Per favorire l'accesso (diap 6)

Dal 2003 è stato attivato un call center con il quale si è realizzata una corsia dedicata alle donne che desiderano modificare l'appuntamento o che desiderano ricevere informazioni oppure comunicare eventuali motivi di esclusione definitiva o temporanea (interventi chirurgici, gravidanze, pap-test in altra sede ecc.).

Si può accedere ad una linea telefonica a cui risponde direttamente un operatore, oppure si accede ad una segreteria telefonica attiva 24/24 h.; è anche possibile comunicare attraverso posta elettronica.

##### 2) Per incrementare l'adesione (diap 7)

Nel 2005 sono stati coinvolti i Medici di Medicina Generale (MMG) appartenenti a due nuclei di cure primarie ai quali è stato inviato un elenco nominativo delle loro assistite non aderenti al programma di screening, che si sono impegnati in un lavoro di informazione e di sollecitazione. Il miglioramento dell'adesione oscilla tra il 3% e il 4%.

##### 3) Per migliorare l'accuratezza diagnostica (diap 8)

Dal luglio 2004 il programma di screening regionale ha modificato il sistema di refertazione citologica allo scopo di renderla più sensibile e precisa e per aiutare il colposcopista nel suo iter diagnostico. La categoria ASCUS (cellule squamose di significato indeterminato) è stata suddivisa in ASC-US e in ASC-H. In quest'ultimo caso è più probabile per il colposcopista trovare lesioni gravi.

##### 4) Per migliorare la gestione (diap. 9)

Nel 2004 è stata introdotta, in tutta la provincia, la cartella informatizzata per la gestione del 2° livello e del follow-up delle donne positive (prima era manuale e cartacea). Questo ha determinato un notevole miglioramento nella assistenza delle donne positive, anche di quelle che scelgono di rivolgersi ad altri specialisti, essendo più facile per il programma seguire i percorsi delle donne che vengono comunque tutte richiamate, automaticamente, per un controllo citologico a 6 mesi.

##### 5) Per migliorare il governo clinico (diap. 10)

Un corretto controllo clinico del programma di screening richiede un continuo processo di aggiornamento e di confronto tra tutti gli operatori coinvolti (ostetriche, citologi, colposcopisti, anatomo-patologi e chirurghi) per far assumere e mantenere comportamenti coerenti, condivisi ed efficaci rispetto ai protocolli.

Stiamo attivando un sistema di audit clinico = ascolto, confronto tra i diversi operatori che ha lo scopo di far condividere il sapere di tutti e di riflessione sul proprio operato al fine di raggiungere gli standard ottimali previsti dai protocolli regionali.

## **PRESENTAZIONE**

### **II SESSIONE**

**Presiede e coordina:**

**Simona Arletti, Assessore alle Politiche per la Salute del Comune di Modena**

#### **INTERVENTI DELLE ASSOCIAZIONI E DELLE ORGANIZZAZIONI PRESENTI**

**Francesca Salsi per: Gruppo di auto-aiuto Mamme per le Mamme Differenza Maternità, Spazio Nascita, Mamme per le Mamme, Pollicino, La tribù dei MA-PI.**

Le Associazioni vogliono portare i bisogni delle donne/mamme come li hanno rilevati dalle donne/mamme con cui sono in contatto.

In particolare per quanto riguarda le risposte che le donne/mamme vorrebbero avere dai sanitari e trovare nelle strutture sanitarie a cui si rivolgono quando affrontano la maternità.

In breve le donne/mamme vorrebbero acquisire gli strumenti per poter effettuare scelte informate:

- chi ti può seguire in gravidanza, anche nell'ottica di una continuità nell'assistenza
- rapporto rischi/benefici oggettivi da evidenze scientifiche recenti sulle indagini prenatali e sulle pratiche ostetriche durante il parto
- dove poter partorire: ospedale e a domicilio
- accettazione in ospedale del piano del parto
- personalizzazione dell'assistenza in relazione a bisogni individuali, legati anche a differenze culturali
- comunicazione chiara e comprensibile da parte dei sanitari
- nel post-parto in ospedale promozione dell'allattamento al seno come pratica di salute: rooming-in e personale formato e competente, soprattutto per evitare informazioni contraddittorie
- sostegno che contempli anche assistenza domiciliare

Con particolare riferimento all'attività del Centro di aiuto alla Vita si rilevano necessità di sostegno economico e flessibilità negli orari dei servizi per l'infanzia.

#### **Vanna Tori, Gruppo donne e giustizia di Modena**

Il tema del seminario è una domanda. *Cosa stiamo facendo per migliorare la qualità della vita della donna?*

Per rispondere a questa domanda dobbiamo prima inquadrare il problema e vedere quale è l'attuale condizione/ qualità di vita della donna nel nostro paese/territorio non solo sotto il profilo sanitario, ma sociale. Il benessere, lo stare bene non riguarda solo la buona salute, ma comprende un ampio spettro di condizioni che spaziano tra la sfera personale e l'ambito collettivo. E' questa l'area dei rapporti interpersonali e delle relazioni all'interno e all'esterno della famiglia, nel mondo del lavoro e più in generale nella società civile.

Con riferimento alla situazione italiana e anche modenese, in base ai risultati di varie indagini, si può affermare che malgrado gli innegabili progressi dovuti soprattutto al forte e



continuo impegno delle donne per il riconoscimento dei propri diritti e valori, nonostante le leggi che tali diritti e valori hanno sancito, persiste, in ambito sociale, una cultura ancorata al passato che si traduce ancora in comportamenti oppressivi, offensivi e a volte anche violenti da parte degli uomini verso le donne siano esse mogli, figlie, compagne o colleghe di lavoro.

Basterebbero le notizie che quasi quotidianamente leggiamo sui giornali o ascoltiamo dai telegiornali sulle violenze sessuali, sulle aggressioni alle donne da parte dei partner: mariti, compagni o fidanzati e che qualche volta sfociano nell'uccisione della donna stessa, basterebbero le notizie sulle denunce di molestie subite sui luoghi di lavoro e fuori, subite in famiglia e, per contro, alcune vergognose e recenti sentenze a far comprendere quanto la donna sia ancora oggi nel 2006 oggetto di violenze, maltrattamenti, prevaricazioni e umiliazioni, in condizioni, quindi, di forte disagio e sofferenza.

Qualcuno potrebbe obiettare che questi fatti così estremi possono essere considerati delle eccezioni o causati da comportamenti di persone per qualche motivo mentalmente alterate.

Certo, queste sono punte estreme, ma i dati di vari osservatori sul fenomeno del disagio femminile familiare e sociale confermano purtroppo il perdurare di comportamenti relazionali offensivi nei confronti delle donne non come eccezione o come effetto di patologie, ma come pratica abituale in ampi contesti e, anche se nella maggior parte dei casi, privi di componenti minacciose e lesive dell'incolumità della donna, ugualmente nocive perché persistenti e odiose.

Questi comportamenti esulano dalla violenza fisica, ma si inseriscono nell'ampia sfera della violenza psicologica altrettanto dannosa in quanto a lungo andare provocano nella donna dipendenza, calo dell'autostima, confusione /disinteresse per il proprio progetto di vita, condizioni che persistendo nel tempo causano una diminuzione delle energie positive e delle potenzialità, con ripercussioni sfavorevoli sulle proprie prestazioni anche in campo lavorativo e, in ultima analisi anche sulla propria salute intesa in senso stretto.

Problematiche che potevano sembrare di carattere individuale, interessando un vasto numero di persone/famiglie/coppie, e di riflesso gli ambiti lavorativi e la sfera della salute, diventano di per sé un problema anche sociale.

Questa **dimensione sociale del disagio femminile è stata riconosciuta** nel contesto modenese dagli Enti istituzionali con il sostegno dato alle Associazioni che svolgono interventi di aiuto alle donne e con l'inserimento delle loro attività nei piani di zona e nel piano della salute.

Lo stesso seminario di oggi che considera **una priorità il piano Salute donna e inserisce il disagio femminile tra i problemi da affrontare per migliorare la qualità della vita delle donne** (e non solo), è un ulteriore riconoscimento del valore sociale dell'attività svolta dalle Associazioni femminili e un'ulteriore attenzione alle complesse questioni che emergono dalle richieste di aiuto delle donne stesse che, contrariamente al passato in gran parte non accettano più queste situazioni e chiedono apertamente il rispetto e la tutela propria e dei figli, chiedono sostegno ed aiuto per avere giustizia, per avviare un percorso di vita più civile e per intraprendere rapporti familiari e interpersonali accettabili.

Richieste di aiuto che sono state raccolte per quanto riguarda Modena già dal lontano 1982 dal Gruppo Donne e Giustizia dell'Udi poi divenuto nel 1996 Associazione autonoma.

Per dare una base concreta a quanto prima espresso e per mostrare l'entità del fenomeno del disagio femminile nel territorio modenese, almeno come appare dal nostro osservatorio, si presenta una sintesi dell'attività svolta e delle caratteristiche e problematiche delle donne che si sono rivolte a noi così come mostrano i risultati delle analisi condotte dall'Associazione - in primo luogo ***“Vent'anni di consulenza legale alle donne: 1982-2002 - Dati e Riflessioni”*** pubblicata nel 2004 e dei successivi aggiornamenti annuali riferiti al 2003 e 2004.

L'Associazione da oltre 24 anni, avvalendosi di avvocate, psicologhe e operatrici volontarie, dà aiuto e sostegno alle donne italiane e straniere in situazioni di disagio sia all'interno della

famiglia sia nella società civile, operando spesso in collaborazione con altri Enti e Organismi del territorio. Inoltre, promuove iniziative di carattere informativo-formativo-culturali rivolte alla collettività e in particolare ai giovani, allo scopo di informare e diffondere una cultura di parità e reciproco rispetto tra donna e uomo.

I servizi e le attività sono:

- **Servizio “Ascolto Donna”** linea telefonica di primo conforto/sostegno, informazione.
- **Colloqui** personali e diretti d’orientamento.
- **Servizio di “Consulenza legale”** per le donne italiane e straniere in situazioni di difficoltà familiare o di coppia.
- **Servizio di “Consulenza psicologica”** per le donne italiane e straniere in situazione di particolare disagio personale.
- **Progettazione** di iniziative formative culturali tra cui si vogliono ricordare “..Promessi sposi..” rivolto in particolare ai giovani e alle giovani coppie; “Amore,Matrimonio,Famiglia” dedicato agli studenti delle Scuole Superiori; “La famiglia di Fatto”, “*Genitorialità e filiazione: procreazione naturale e procreazione assistita*”.
- **Attività di documentazione** tra cui in primo luogo l’indagine già ricordata “*Vent’anni di consulenza legale alle donne: 1982-2002 - Dati e Riflessioni*” e le successive analisi annuali.
- **Partecipazione a progetti ed attività** informative/ formative/ culturali di altri Enti tra cui recentemente: “*Donne vittime di STALKING*”, “*Non siamo isole*”, “*La casa delle culture*”.

## ALCUNI DATI

Sono state **3.500** le donne che nel corso dei 24 anni di attività si sono rivolte all’Associazione, ben **515** nel 2004 dato che conferma la forte crescita dell’affluenza ai servizi non solo rispetto alla media dell’indagine ventennale (127), ma anche rispetto agli ultimi tre anni. (372 nel 2001, 412 nel 2002, 431 nel 2003). Il 64% delle utenti, ha usufruito del servizio di **consulenza legale**; il 20% ha chiesto informazioni o un primo conforto/ soccorso, il **16%** si è avvalso del servizio di **consulenza psicologica**.

Un segnale dell’aumentato malessere e disagio della donna e delle famiglie, siano esse “regolari” o di “fatto”, ma anche segno di una aumentata fiducia delle donne nell’aiuto che l’Associazione offre e della loro determinazione ad uscire da situazioni di sofferenza.

Il “**passa parola**” tra amiche e/o familiari, rimane il veicolo informativo maggiormente indicato dalle donne quale modalità di conoscenza dell’Associazione (28%), ma giocano un ruolo sempre più importante nella trasmissione dell’informazione in particolare i “**servizi territoriali socio-sanitari**” pubblici e privati che riuniti assieme hanno indirizzato il 43% delle utenti, ed anche i mezzi *pubblicitari*, quali *stampa, TV e Internet* (12%), mentre continuano ad avere poca influenza “*Carabinieri*”, “*Polizia*”, “*Pronto Soccorso*”.

L’alta percentuale delle utenti inviate dai servizi di territorio conferma il consolidamento delle relazioni, collaborazioni, sinergie con la nostra Associazione ed è evidente che si è creata una fitta rete di scambio tra le varie espressioni sociali, che tuttavia andrebbe potenziata anche tramite una più approfondita conoscenza dei reciproci ambiti e livelli di intervento.

**La donna tipo, utente del servizio**, è di nazionalità italiana (72%), ma si intensifica la presenza di donne straniere (24%) provenienti per la maggior parte dai Paesi arabi in particolare dal Marocco; risiede Modena (circa 60%) ma anche nella provincia di Modena, ha un elevato livello di istruzione (diploma **36%**, laurea **9%**, corsi parauniversitari e FP **3%**), ha per lo più un’età compresa tra i trenta e i cinquant’anni, ma nutrito è anche il gruppo delle ultrasessantenni, in genere ha un lavoro dipendente ed è coniugata con figli (52%), ma il 20% è separato legalmente o divorziato o convive.

Dall'analisi sulla condizione professionale condotta nel 2004 emerge tuttavia un risultato che preoccupa se confermato dalle analisi successive: la diminuzione delle donne che lavorano che dal **67% scendono al 56% con un calo netto del 11%** anche rispetto alla media dell'indagine ventennale; di contro aumentano le donne *disoccupate e casalinghe e in cerca di prima occupazione* che dal **16%** del 2003 e dal **18%** del ventennio salgono al **26%**; in flessione anche *pensionate e invalide* che passano dall'11% all'8%.

Se diamo uno sguardo alla **professione** svolta notiamo che , il **32%** è "impiegata", il **28%** "operaia", il **10%** "colf", il **9%** "Insegnante", il **6%** "libera professionista" e il 3% svolge un lavoro precario; "artigiane", "commercianti", "imprenditrici", "collaboratrici familiari" raggiungono singolarmente oltre il 2%. *Rispetto al 2003 si nota in particolare un calo del 4% delle impiegate e un aumento del 3% delle operaie.*

La fotografia delle condizioni, dei disagi e delle problematiche vissute oggi dalle donne nel nostro contesto sociale scaturisce dalle loro stesse parole, dai loro racconti durante i colloqui di consulenza o al telefono. E il quadro non è rassicurante.

Per la stragrande maggioranza le donne continuano a dichiarare sane caratteristiche psicofisiche (85%) ma aumentano rispetto alle indagini precedenti i casi di **disagio psichico e fisico** (9%) mentre risultano pochissime le tossicodipendenti e le etiliste.

**Si aggravano i casi di violenza psicologica** e anche gli episodi di **maltrattamenti e violenza in famiglia** verso le donne, così come crescono le situazioni di **difficoltà economica**. Infatti dai dati emerge che:

- L'**86%** delle utenti subisce violenze di tipo **psicologico**, il 20% in più rispetto alle precedenti indagini;
- il 34% sopporta disagi di tipo economico (+10%),
- il 22% subisce **violenze fisiche** (+2%);
- sotto all'**1%** le donne che hanno segnalato **violenze sessuali**.

Tra le cause di sofferenza psicologica al primo posto: "controlli", "persecuzioni" e "minacce"; a seguire "tradimenti", "menzogne", "inganni", "assenza di comunicazione", "disinteresse alla vita familiare". Aumentano anche le denunce per la "mancata o parziale corresponsione dell'assegno di mantenimento", evidenziando, di conseguenza, la latitanza dei **padri nella cura dei figli dopo la separazione** dalla moglie e/o convivente.

Anche l'analisi sulle **condizioni della donna** in rapporto al disagio subito fa registrare cambiamenti di segno negativo che mostrano situazioni di maggiore difficoltà psicologica, di incertezza sulle scelte da compiere e indecisioni ad intraprendere un proprio percorso di riscatto dalle condizioni di disagio.

Le donne appaiono meno determinate a cambiare la propria situazione anche se in parte consapevoli del proprio stato di disagio e sofferenza. Accusano come conseguenze dei disagi danni fisici, paure, depressione, sensi di colpa, disistima, isolamento, solitudine, disperazione, impotenza e malattie, condizioni in aumento o riapparso rispetto alle precedenti rilevazioni.

**Il responsabile dei disagi** è quasi sempre indicato nel **partner o nell'ex partner** sia esso **coniuge** (nel 64% dei casi) **o convivente**/fidanzato (13%). Rare le segnalazioni di altri soggetti per lo più appartenenti all'area parentale (figli, suoceri, fratelli, ecc.. 7%). In aumento i responsabili con disagi psichici (6%), gli etilisti (3%) e i tossici(2%), mentre **irresponsabilità, assenza di comunicazione, violenza/maltrattamenti** sono i problemi comportamentali più gravi e frequenti dei responsabili del disagio femminile, ma tra questi sono indicati anche "altre relazioni", "problemi con la giustizia", "disagi sociali".

L'immagine complessiva della condizione della donna nell'ambito familiare e sociale non è tranquillizzante. Alcuni segnali negativi sono da ritenersi in stretto rapporto con l'aumento dei disagi, dei maltrattamenti e delle violenze che incidono notevolmente sullo stato di salute fisica e psichica delle donne/ vittime, ma il loro comportamento che pare, in base agli ultimi dati, più rinunciatario verso scelte di cambiamento del proprio stato, è **da mettere in relazione anche con le peggiorate condizioni sociali ed economiche generali causa di maggiori difficoltà del vivere e quindi dell'aumento di ansie e preoccupazioni per il futuro.**

Considerazioni avvalorate anche dalla modifica della tipologia di aiuti richiesti dalle donne nell'ultimo periodo, poiché accanto alle richieste di informazione sulle modalità e conseguenze della separazione e del divorzio, su "situazione economica e patrimoniale", "assegno di mantenimento" (27,44%), "affido dei figli" (19,86%) e "famiglia di fatto/convivenza" (oltre il 10%) compaiono o sono in crescita le richieste di informazione su "**ricerca alloggio**", "**ricerca lavoro**", "**sussidi economici**", e, in particolare nell'anno 2004 le richieste di "**sostegno psicologico**" che salgono ad oltre il **12%**, confermando l'esistenza di situazioni di maggiori difficoltà sia economiche, sia psicologiche.

### ***Cosa stiamo facendo per migliorare la qualità della vita della donna?***

Abbiamo indicato brevemente in precedenza quello che l'Associazione ha fatto e sta facendo, abbiamo anche indicato, avvalendoci delle analisi compiute e della nostra esperienza, segnali di crescita dei disagi e quindi l'aggravarsi della condizione femminile in ambito familiare e sociale. Ora occorre riflettere su cosa fare ancora per migliorare la qualità della vita delle donne, tenendo conto delle problematiche e delle esigenze di aiuto vecchie e nuove da loro stesse espresse.

Considerata l'attuale situazione socio-economica nazionale, che fa nascere molte preoccupazioni sul futuro dei servizi di carattere sociale, occorre ribadire ***l'assoluta necessità di continuare a sostenere le attività e i servizi già in essere.***

Detto questo, non v'è dubbio che una problematica così complessa andrebbe in **primo luogo affrontata sul piano culturale** promuovendo iniziative che amplino la conoscenza sui temi inerenti i rapporti interfamiliari, sulla normativa che regola tali rapporti con l'intento e la speranza che una **maggior informazione** e riflessione su questi argomenti possa agire come strumento di **prevenzione** e difesa da comportamenti incivili.

**In secondo luogo** sulla base delle nuove esigenze riscontrate occorre potenziare e possibilmente migliorare servizi e attività esistenti ampliando e diversificando le offerte di aiuto. Le indagini condotte e la conoscenza diretta delle donne utenti dei nostri servizi durante le consulenze o i colloqui, hanno messo in luce alcune problematiche che riteniamo debbano essere affrontate in modo specifico.

a) Abbiamo riscontrato nelle donne ***differenti gradi di consapevolezza e presa di coscienza*** della propria condizione e la difficoltà, per alcune, a fare scelte di cambiamento. Sempre nell'ambito delle iniziative culturali, quindi, si dovrebbero prevedere interventi per target determinati, che agevolino la crescita personale e il superamento degli stati di incertezza.

b) Negli ultimi anni si sono intensificate le richieste di aiuto da parte di donne che accusano una forte **dipendenza affettiva** dall'ex partner che hanno difficoltà a staccarsi dall'ormai fallito progetto di vita comune vivendo in una condizione di grande dolore e sofferenza.

Sono in aumento anche le richieste di sostegno da parte di **donne che, rimaste sole con bambini/e** da crescere e accudire, lamentano lo scarso senso di responsabilità e lo scarso sentimento paterno da parte dell'ex coniuge o compagno che elude i propri doveri morali e materiali verso i figli e lascia l'ex famiglia in uno stato d'abbandono. Spesso queste donne non hanno nemmeno il sostegno dei componenti la cerchia familiare e per questi motivi, esprimono l'esigenza di trovare un *lavoro*, una *nuova abitazione* e richiedono *sussidi e assistenza* anche per la cura dei

figli. Per offrire un più adeguato sostegno alle utenti con questi maggiori e particolari condizioni di disagio, vorremmo rendere continuative due nuove esperienze attivate recentemente e che riguardano la creazione di due gruppi di auto-mutuo-aiuto e precisamente: **“Aiutare ad aiutarsi”** per donne soggette a dipendenza affettiva, e **“Relazioni solidali tra donne sole con bambini/e”**. Ci siamo convinte, in particolare dopo la realizzazione di queste esperienze, che oltre all’Ascolto, oltre alla Consulenza legale e psicologica **occorrono interventi più mirati e specifici** rivolti a donne con particolari condizioni di sofferenza **da affiancare ai servizi che già l’Associazione propone**. Nuovi percorsi o servizi che, visti gli incoraggianti risultati, vorremmo offrire come ulteriore proposta di aiuto al disagio femminile. L’esperienza condotta ci ha fatto toccare con mano situazioni di grande dolore, di estrema solitudine, di incomprensione sociale, parentale ed amicale, e, in alcuni casi di estrema difficoltà economica. Per non parlare dei risvolti psicologici che spaziano da sentimenti di inadeguatezza, all’ansia e preoccupazione per il futuro. Riteniamo che con la realizzazione di questi nuovi percorsi si sia davvero contribuito ad alleviare i disagi e le difficoltà che tali condizioni comportano e vorremmo continuare ad offrire alle donne in situazioni simili altre opportunità. Se e come proseguire il viaggio intrapreso, con quali modalità e risorse non dipende però solo dalla volontà dell’Associazione ma dipende anche dal **sostegno che gli Enti Istituzionali vorranno o potranno dare ai nostri nuovi progetti**.

**In terzo luogo**, consapevoli che le problematiche portate dalle donne investono più piani di intervento, riteniamo che occorre un **consolidamento delle relazioni**, collaborazioni, sinergie tra i vari attori sociali di territorio coi quali andrebbero concordate modalità di presa in carico, ognuno per l’ambito di competenza, delle risposte da dare alle variegate richieste di aiuto. Per giungere a questo si dovrà approfondire la conoscenza reciproca dei soggetti interessati e dei relativi campi di azione.

### **Associazione Casa delle donne contro la Violenza**

L’Associazione Casa delle Donne contro la Violenza, sorta intorno ai primi anni novanta, che opera all’interno di un’ottica di genere e del pensiero e della pratica della differenza sessuale ritenendo che la violenza sulle donne abbia radici nella disparità di potere tra i sessi, si pone costantemente la domanda che apre questo seminario: cosa stiamo facendo per migliorare la qualità della vita delle donne? E le risposte che si dà nell’agire i tre progetti principali: Centro Antiviolenza, Oltre la Strada, Casa delle Donne Migranti, si sono andate modificando col mutare delle sollecitazioni che la realtà ha imposto.

Le donne arrivano all’Associazione in cerca di aiuto o sostegno perché vivono situazioni di disagio o di violenza -in famiglia o come vittime della tratta-, attraversano momenti di difficoltà nel loro percorso migratorio, cercano lavoro, casa, etc.

Migliorare la propria situazione esistenziale deve passare necessariamente attraverso l’assumersi come protagonista della propria vita ed è in questo senso che si attiva chi accoglie una donna. Il primo strumento del quale disponiamo, infatti, è l’accoglienza, intesa come il momento e il luogo nel quale ci si prende cura dell’altra, ascoltandola e collocandosi riguardo a lei in posizione di sostenerla. In questo modo, attraverso anche la sperimentazione di una relazione affettiva, la donna potrà rendersi consapevole delle proprie risorse e potenzialità e sarà in condizione di compiere scelte e prendere decisioni all’interno del suo progetto individuale che andrà definendo insieme a chi la sostiene.

Lungo questi 15 anni di lavoro con oltre duemila donne accolte, accompagnate ed ospitate, abbiamo sentito il bisogno di trovare altri strumenti che facilitassero il raggiungimento di questa consapevolezza da parte delle donne. Abbiamo scoperto che la dimensione del gruppo permette di sperimentare un confronto ed una condivisione del proprio vissuto alla pari tra pari e che per molte significa uscire da un gravoso senso di isolamento. Infatti, il gruppo mette in gioco più soggetti rivelando più chiaramente la complessità delle relazioni. Sono stati attivati gruppi con diverse caratteristiche. Alcuni di elaborazione su un tema specifico concordato con le donne alle quali veniva proposto, come ad esempio sull’esperienza di prostituzione coatta, individuato da un gruppo



di donne che avevano completato il loro percorso con noi e avevano raggiunto una situazione di relativa autonomia e stabilità personale. O come quello costruito nel 2001 insieme al Consultorio Familiare AUSL di Modena, nella realizzazione del progetto "Storie di donne in cammino", che perseguiva diversi obiettivi tra i quali rafforzare la consapevolezza legata alla gestione della propria sessualità in funzione dell'autonomia individuale e della contraccezione responsabile. O quello che stiamo avviando proprio in questi giorni, sempre con il Consultorio, su tematiche relative alla maternità, l'interruzione della gravidanza, la contraccezione e le malattie sessualmente trasmissibili. Altri gruppi, invece, vengono da noi riproposti regolarmente. Tale è il caso del corso di italiano, il corso di computer e il gruppo di accompagnamento al mondo del lavoro, che rappresentano delle risorse per far fronte a problemi concreti come l'acquisizione della lingua o la possibilità di trovare lavoro ma costituiscono, anche, luoghi privilegiati di riflessione e condivisione di saperi e di costruzione di relazioni più ricche.

Così i nostri spazi si sono aperti a nuove esperienze di espressione e socializzazione e sono nati il coro, il laboratorio teatrale ed il gruppo di ginnastica dolce, attività che favoriscono la presa di consapevolezza del respiro, della voce, l'appropriazione del corpo e il riconoscimento dei propri limiti e possibilità.

Sradicare la violenza contro le donne è complicato, difficile, è un processo lungo che richiede impegno e passione, e nel quale bisogna insistere anche quando i risultati raggiunti possono scoraggiare. Gli attori non possono essere solo i centri contro la violenza, debbono essere tanti, per cambiare la cultura e non tradire la fiducia di tante donne che hanno dimostrato che

**USCIRE DALLA VIOLENZA SI PUÒ !!!**

**Francesca Arena per Coordinamento Donne CGIL Modena, Coordinamento Donne CISL Modena, Coordinamento Donne UIL**

*Intervento non pervenuto*

### **UDI (Unione Donne in Italia) e CDD (Centro documentazione donna)**

Le associazioni UDI (Unione Donne in Italia) e CDD (Centro documentazione donna) non potendo, per cause di forza maggiore, essere presenti con una loro rappresentante alla tavola rotonda, nella quale, insieme con altre associazioni, dovevano contribuire al dibattito sui "bisogni delle donne", nell'ambito dell'elaborazione del PPS- salute donna, sintetizzano, in una breve nota scritta, alcuni punti salienti di quello che doveva essere il loro contributo. Se vi sarà occasione, in seguito, tale contributo potrà essere reso nella sua completezza.

Ragionando di salute e benessere delle donne, salute riproduttiva, salute in ogni età della vita, integrità di mente e corpo, le associazioni femminili si trovano spesso a insistere sulla necessità per rendere efficaci le risposte ai bisogni manifestati dalle donne di trattare in modo unitario, integrato, temi che possono sembrare diversi fra loro.

Quando l'UDI, nelle sue iniziative, convegni, pubblici dibattiti, ripercorre i temi oggi così "caldi" circa la libertà femminile in tema di maternità e delle condizioni che la rendono possibile oltre che "libera e responsabile" - dalla piena applicazione della Legge 194 alla introduzione della RU486, dal diritto alla fecondazione medicalmente assistita a quello di un parto non medicalizzato, dall'attenzione al rapporto madre bambino fin dai primi attimi di vita alla difesa dei consultori - si è trovata spesso a dover comprendere nei suoi ragionamenti anche la questione del lavoro femminile.

Che cosa sono i sostegni alla maternità, quali i bisogni delle persone, uomini e donne, ma soprattutto donne, nel mettere al mondo un figlio? Quali sono i legami tra la salute riproduttiva, ma verrebbe da dire, fra la piena esperienza di vita che può comportare anche la decisione di mettere al

mondo qualcuno, e l'organizzazione del lavoro, il welfare, la società, quali i bisogni? sono separabili i bisogni fisici da quelli "sociali"?

Lo slogan dell'UDI dell'8 marzo 2006 "la precarietà rende sterili" la dice lunga su quale sia la risposta. La Piattaforma che l'UDI ha presentato al Convegno di Roma del 19 novembre 2005, Generare oggi fra precarietà e futuro tiene insieme i due temi, quello sanitario e quello sociale, chiedendo su entrambi risposte.

Quando il Centro documentazione donna, ha avviato la sperimentazione di servizi informativi rivolti alle donne (una rete di 7 sportelli InformaDonna realizzati sul territorio provinciale, tra cui anche lo Sportello InformaDonna di Piazza Grande realizzato in collaborazione con il Comune di Modena) lo ha fatto proprio cercando di offrire servizi informativi e di orientamento che sostenessero le donne nei loro molteplici ruoli (madri, lavoratrici, organizzatrici della vita familiare e relazionale, addette al disbrigo delle pratiche burocratiche, ecc.), facilitandone le diverse mansioni e soprattutto sostenendole in un cambiamento culturale verso una equilibrata distribuzione del lavoro di cura fra i soggetti adulti che compongono il nucleo familiare. Tra i servizi offerti dagli Sportelli InformaDonna, svolge un'importante funzione la consulenza di II° livello che è il lavoro di conoscenza, motivazione e accompagnamento delle donne all'utilizzo dei servizi pubblici per la salute e dei servizi sociali ed educativi.

Il monitoraggio dell'utenza che si rivolge allo sportello InformaDonna, conferma che l'età più rappresentata fra le donne e gli uomini che si rivolgono a tale sportello è compresa nella fascia 26-35 anni e che le informazioni sui servizi all'infanzia, sulle leggi e i sostegni alla conciliazione fra i tempi di lavoro e quelli della cura dei neo-genitori le più frequenti. Per offrire concrete risposte a questi bisogni di conciliazione, il Centro documentazione donna ha sperimentato sull'intero territorio provinciale la creazione di un catalogo di servizi acquistabili grazie ad un "voucher di cura". Il contributo, erogato dal FSE attraverso la Regione, questo anno è stato di 1.000 euro destinati all'acquisto di servizi di cura per i bambini per offrire una specie di paracadute alle donne in caso di problemi urgenti e temporanei di conciliazione. A fronte di una modifica dello stato lavorativo o familiare le donne hanno potuto contare su di un servizio garantito e di qualità - spesso in integrazione con altri servizi già offerti dalle amministrazioni comunali - sul quale appoggiarsi per avere modo di riorganizzarsi. Il servizio è stato valutato molto positivamente dalle donne che lo hanno potuto utilizzare.

L'esperienza maturata in questi ultimi 4 anni con gli InformaDonna ha poi suggerito di sviluppare l'integrazione fra i servizi e le risposte all'utenza sui temi della conciliazione dei tempi attraverso strumenti che consentano di sedimentare le buone prassi e di progredire nelle scelte strategiche sul tema. Si è quindi progettata e avviata la "Rete regionale per la Conciliazione dei tempi". La rete coordinata dal Centro documentazione donna di Modena, si sta dotando di un Portale che sotto all'indirizzo web [www.TempoperMEtendo.info](http://www.TempoperMEtendo.info) funzionerà quale servizio informativo per donne e uomini con problemi di conciliazione e quale strumento di integrazione fra i servizi che localmente si occupano anche in modo trasversale del tema (ad esempio, Centri per l'impiego, Centri per le famiglie, Servizi educativi e per l'infanzia, ecc.) utenti. La Rete ha coinvolto al momento 41 soggetti (tutti i Comuni capoluogo della Regione Emilia-Romagna e diverse Province, nonché associazioni femminili, di categoria, sindacati, Consigliere di parità, Commissioni e Comitati Pari opportunità di tutta la regione) con l'obiettivo di migliorare le politiche di conciliazione al fine di migliorare la qualità della vita delle persone.

Dunque sul piano della salute, dall'osservatorio ampio e diversificato di queste due associazioni che tanto sono presenti nel territorio di Modena, quali sono i bisogni delle donne? o almeno fra tali bisogni, a quali, per vari motivi vogliamo oggi dare un rilievo particolare? su quali richiamare l'attenzione delle Istituzioni e perché?

Il primo sarebbe che un diritto di "salute" in senso lato e di benessere, è non dover scegliere fra bisogni primari. Non dover scegliere fra vivere e lavorare, fra avere bambini e mantenere il lavoro, fra un figlio e una qualità di vita accettabile. Segue avere le informazioni sui propri diritti, soprattutto sul lavoro (tema particolarmente sentito dalle fasce più deboli, a partire dalle mamme immigrate) e avere accesso ai servizi.

Ecco perchè i servizi alla persona (asili, ma anche sostegni alla cura delle persone) sono e rimangono fondamentali; così come fondamentali sono regole certe di conciliazione, impegni precisi. E fondamentale è l'accesso, ai servizi e prima ancora alle informazioni.

La salute riproduttiva è un meccanismo semplice, ma al tempo stesso delicatissimo. Ha bisogno di servizi sanitari, ma non solo di quelli. Ha bisogno di sostegno sociale, riconoscimenti e impegni. Altrimenti tutta la collettività diventerà sterile.

Alle istituzioni si chiede di valorizzare e diffondere l'attività degli sportelli, quale l'Informadonna, e punti di ascolto, quale ad esempio il telefono o il sito informanascita riconoscendoli quali strumenti efficaci nel dare risposte concrete ai bisogni di salute delle donne a partire dall'importante momento in cui si decide di fare un figlio, o già lo si aspetta o non si riesce a realizzare un progetto di maternità, nonché proseguire l'analisi dei dati che emergono da tali esperienze nei tavoli di confronto sui Piani per la salute, ma anche nei tavoli del bilancio partecipativo e in tutti i luoghi dove si fanno le scelte strategiche per la qualità della vita delle cittadine e dei cittadini, facendo di questo tema della conciliazione dei tempi e quindi della sostenibilità, anche in termini di salute psichica e fisica dell'attuale modello di sviluppo, una delle priorità delle scelte politiche dell'Amministrazione.

Come azioni positive: continuare e potenziare una politica dei servizi (soprattutto servizi alle persone); farsi promotrici (azioni, tavoli, progetti avanzati) di vera conciliazione, con determinazione, anche verso il mondo del lavoro e della sua organizzazione, coinvolgendo sindacati e forze politiche; facilitare l'accesso ai servizi e all'informazione delle cittadine (con particolare attenzione a quelle straniere) su entrambi gli ambiti in questione: quello sanitario e quello relativo a leggi e diritti.

### **Maura Malpigli per: Associazione Ilcestdiciliege per le Donne oprite al Seno e Lega Italiana per la lotta contro i Tumori di Modena.**

Saluto e ringrazio l'Assessore alla Sanità del Comune di Modena, Simona Arletti, per avermi offerto l'opportunità di intervenire in questa sede come rappresentante di una Associazione al femminile, Ilcestdiciliege, attiva nella lotta contro il tumore al seno. Sono onorata, inoltre, di rappresentare, in questa occasione, la Lega Italiana per la lotta contro i Tumori di Modena.

Come Associazione abbiamo aderito al percorso partecipativo dei PPS, ricevendo un sostegno culturale e pratico, e contiamo di aver contribuito, con suggerimenti, idee ed operatività ai bisogni della popolazione femminile.

Il Comune di Modena ha sostenuto l'Associazione nella Linea di lavoro della Prevenzione con contributi onerosi per i Villaggi della Prevenzione fino ad ora organizzati.

In totale, abbiamo eseguito, in tali occasioni, n. 132 mammografie; n.222 ecografie; n.291 visite senologiche.

Il personale medico, tecnico ed infermieristico che ha partecipato alle iniziative è personale del SSN proveniente dal Policlinico e dalla AUSL di Modena.

All'interno dell'Associazione abbiamo istituito un Comitato scientifico di riferimento, composto da professionisti che a diverso titolo si occupano della patologia mammaria.

“Dopo aver vissuto il tumore al seno, cambiare è una prospettiva immensa. Cambiare significa distaccarsi da qualcosa, e per poterlo fare abbiamo bisogno di avere delle buone ragioni. Ilcestdiciliege dà strumenti per ritrovare la propria strada, aiuta a pacificarsi con se stesse, a riconciliarsi con la propria storia per andare avanti, ma senza dimenticarla”

E, quando le donne vengono in Associazione le loro necessità più impellenti sono: il supporto psicologico e l'aiuto pratico. Le volontarie del Cestodciliege, tutte formate con corsi specifici, prendono in carico le donne accompagnandole attraverso i percorsi che l'Associazione offre:

Per l'aspetto psicologico Ilcestdiciliege offre:

- Incontri di sostegno psicologico di gruppo guidati da una psicologa ed una psicomotricista.

oppure

- Incontri singoli con la psicologa;

Per l'aspetto fisico Ilcestopiciliegge organizza:

- Gruppi di riabilitazione e motricità in acqua con la guida di terapisti
- Ginnastica dolce tradizionale guidata da una insegnante di educazione fisica.
- Corsi di Shiatsu guidati da una insegnante specializzata.
- Sedute di Linfodrenaggio per la cura del linfedema al braccio, cosiddetto "braccio grosso" Questo servizio si svolge grazie alla stipulazione di una Convenzione con il Distretto Sanitario di Modena

Altro aspetto importante è la sensibilizzazione alla prevenzione:

- Ilcestopiciliegge organizza annualmente, dal 2003, il "Villaggio della Prevenzione" a Modena e il "Villaggio Itinerante" in provincia di Modena (sono stati organizzati a Pavullo nel 2004 e Montecreto nel 2005). Nel febbraio 2006 come prima esperienza in Italia abbiamo organizzato "Villaggio in Carcere" visite senologiche, ecografie al seno, visite ginecologiche, Pap test, ed eco-transvaginali alle detenute della Casa Circondariale S. Anna di Modena;
- In occasione della "Festa della Donna" nella giornata dell'8 marzo 2006, presso l'ambulatorio dell'Associazione, offriremo visite senologiche gratuite alla popolazione femminile Modenese. Le visite saranno effettuate volontariamente dai medici del Policlinico e Azienda USL

Cosa chiede ilcestopiciliegge al Comune e alle Aziende Sanitarie

- Chiede la possibilità di promuovere, senza limiti di età l'attivazione di progetti di prevenzione e diagnosi precoce a tutela della salute femminile. In particolare prendere in considerazione di consentire l'accesso allo screening per le donne con fascia di età inferiore a 49 anni, e per le donne anziane in età superiore a 70 anni, potenziare comunque, sin d'ora, le risorse per ridurre le liste di attesa della mammografia clinica;
- Chiede percorsi come le Breast Units nelle strutture ospedaliere ripescando le linee guida segnalate da EUSOMA che prevedono ogni 200.000 abitanti una efficiente Breast Unit, cioè un Centro di Senologia interdisciplinare che indichi con chiarezza i referenti e il percorso sanitario da seguire (questi, sono i bisogni più sentiti che le associate chiedono e credo di parlare anche a nome di tutte le donne che si ammalano di tumore al seno), facendosi carico non solo di individuare gli ulteriori accertamenti da effettuare, ma provveda direttamente alle necessarie prenotazioni. Tale tipo di organizzazione (da migliorare e perfezionare ulteriormente) riduce le potenzialità di errore, migliora la sopravvivenza e facilita l'accesso alle cure. (vedi AOU Policlinico)
- Chiede migliore organizzazione del percorso di follow up, indicando un percorso terapeutico con un preciso calendario che preveda i controlli necessari con prenotazioni dirette;
- Chiede di migliorare la formazione del personale medico, sia dei medici di base sia degli specialisti, ricordando che la malattia è curata e trattata da più specialisti (chirurghi, oncologi, radioterapisti, ecc.)

Tali proposte hanno il privilegio di potere essere annunciate in una regione dove le campagne di screening sono ad alto livello di qualità, dove la adesione è molto alta, e dove la sanità Pubblica offre ottime prestazioni alla popolazione.

Ugualmente ci sentiamo di dovere sottolineare questi argomenti perché siamo consapevoli che in Italia esistono realtà a “macchia di leopardo” con aree molto deboli e non potenziate.

Le donne con uguale patologia su tutto il territorio nazionale devono potere trovare uguale livello di assistenza.

E infine, credo, che il contributo maggiore che le Istituzioni possano offrire alle donne, siano percorsi sanitari organizzati e di alto livello tecnico e culturale. Hanno inoltre il compito di finalizzare le risorse a questi temi che sono prioritarie per garantire la salute della donna.

Le Associazioni hanno il compito (essendo a contatto giornaliero con la popolazione e con le proprie esigenze) di illuminare quelle zone d’ombra esistenti dentro e fuori del sistema sanitario, di potere colloquiare con le Istituzioni, per conto delle donne rappresentate, di potere essere informate correttamente, al fine che la lotta nei confronti di molte malattie, (nostro interesse è quella del tumore al seno) venga collegialmente condotta.

## PRESENTAZIONE

### Taila Kindi per Associazione Dawa e Associazione Donne nel mondo

#### **GRUPPO DI LAVORO: SOSTEGNO ALLE DONNE STRANIERE**

Chi sono le donne straniere? Non è facile definire questo universo variegato ed eterogeneo di culture, istruizioni, etnie e provenienza. Le donne arrivano a Modena da tutto il mondo: dal Magreb, dall’Albania, dall’Africa sub-sahariana e dall’estremo oriente senza dimenticare l’Europa dell’est.

Ciascuna arriva con un proprio progetto di vita che deriva da un progetto migratorio deciso o dalla famiglia della donna (come nella maggior parte dei casi) o dalla donna stessa.

Chi segue i desideri della famiglia viene in Italia per seguire il proprio marito che già vive e lavora in loco; viene come membro forte della famiglia per lavorare duramente ed intensamente per mantenere il resto della famiglia rimasta nel paese d’origine; viene per studiare con la speranza di ritornare nel proprio paese per un futuro migliore; viene per sfuggire ad una situazione di violenza (guerra, oppressione politica e sociale, carestie). Chi arriva con mezzi propri e da sola è spesso una donna che scappa da una situazione personale di persecuzione, violenza, situazione familiare e sociale insostenibile (divorzi, ripudiate, violentate da un familiare); queste sono spesso donne economicamente indipendenti e ben istruite come giornaliste, scrittrici, parrucchiere, sarte e piccole imprenditrici.

Nessuno immigra volentieri; si va via dal proprio paese per cercare condizioni di vita migliore e libertà per i propri figli, per la propria famiglia ed infine per se stesse.

Le donne che immigrano sono donne sane, forti, socialmente integrate ed attive nei paesi d’origine.

Di cosa hanno più bisogno le donne immigrate a Modena?

- ❖ **Rispetto**, rispetto ed ancora rispetto in tutti gli ambiti: sul lavoro, durante le visite mediche, a scuola quando vanno a prendere i figli, ovunque.
- ❖ **Facilitare l’accesso dei figli negli asilo nido e nelle scuole primarie** ciò permette alle mamme di uscire di casa, di conoscere le altre mamme e di conoscere le istituzioni italiane, di sforzarsi a parlare in italiano, di farsi conoscere e di alleggerire il grosso carico di lavoro domestico che le aspetta ed eventualmente dedicarsi ad altre attività come corsi di formazione-lavoro o corsi di lingua italiana o andare dalla parrucchiere. Allo stesso tempo la scuola è il migliore posto per i bambini per integrarsi e muovere i primi passi nel paese nuovo o nel paese in cui sono nati, ma si sentono stranieri.
- ❖ **Facilitare la mobilità in città coi mezzi pubblici** che ci sono e sono tanti semplicemente, secondo me, sono mal distribuiti.

Non è un mistero che ad usare i bus sono soprattutto gli immigrati e gli anziani, ma paradossalmente questi mezzi circolano con maggior frequenza (ogni 10 minuti) nei quartieri dove la gente ne ha meno bisogno e di rado nei quartieri periferici più



bisognosi(ogni 30 minuti) dove le case costano meno quindi c'è una maggior concentrazione di immigrati.

- ❖ **Uso improprio dei servizi sanitari ed altri servizi** offerti dal comune per vari motivi:
  - La non conoscenza del corretto utilizzo dei servizi stessi;
  - Un diverso sistema sanitario basato solo sulle urgenze cioè non esiste il medico di famiglia da qui recarsi per mali minori; esiste solo l'ospedale dove recarsi quando si sta molto male ed ecco che questo causa, a Modena, un ingorgo nei pronto soccorsi;
  - Molte donne, devono aspettare il rientro dei mariti dal lavoro( spesso turnisti) questi arrivano a casa la sera tardi quando il medico di famiglia non c'è più quindi vanno al pronto soccorso. Dico devono perché spesso alle donne è proibito uscire da sole o devono perché sono senza mezzi propri ( poche donne hanno la patente di guida) o devono perché non sanno a chi lasciare i figli mentre si recano in ospedale. Tutto ciò crea difficoltà a chi le assiste e difficoltà alle donne che spesso arrivano in stadi avanzati della patologia o troppo tardi.
  - La presenza della mediatrice culturale è fondamentale per aiutare le donne a capire ciò che le viene comunicato e spiegato dal medico per poi decidere sulla propria salute e non delegare il medico a prendere decisioni importanti sulla loro fertilità e salute in genere. I medici devono consigliare e non sostituirsi alle pazienti.
  - Coinvolgere le donne straniere in modo più attivo con percorsi speciali, almeno all'inizio, nei fondamentali progetti di screening per il tumore al collo dell'utero e per malattie croniche a cui chi proviene da un paese povero non ci pensa perché la speranza di vita è bassa quindi la vecchiaia è lontana.
  
- ❖ **Processo di dequalificazione e segregazione professionale** a cui si assiste nei confronti degli immigrati soprattutto nelle donne è molto umiliante. E' praticamente impossibile convertire i propri titoli di studi in quelle parificate italiane perché mancano accordi fra l'Italia e molti paesi di provenienza delle donne quindi tutte devono fare le colf o le bandanti. Quelle che studiano in Italia hanno un po' più di possibilità, ma basta guardarsi intorno per capire che le donne straniere sono ingiustamente tagliate fuori da una grossa fetta del mondo del lavoro malgrado siano preparate ed abili a svolgere altre mansioni. Un fenomeno che mi preoccupa è quello dei figli di queste donne che non vogliono studiare perché, così dicono, non servono titoli di studi speciali per svolgere il lavoro che spesso svolgono le loro mamme.
  
- ❖ **Condizioni di lavoro pessime, con orari impossibili, senza mezzi di sicurezza e spesso in nero** con la falsa promessa di metterle in regola:questo è in breve le condizioni in qui lavorano le donne e tutto ciò ricade negativamente sulla salute.
  
- ❖ **Case in condizioni igieniche pessime ed insufficienti ad accogliere famiglie numerose:** aiuti comunali sono fondamentali per certe realtà, ma attenzione a non creare dei ghetti o quartieri per soli stranieri. L'integrazione significa anche poter invitare a casa un amichetto senza vergognarsi della propria casa.
  
- ❖ **Suggerirei dei corsi:**
  - Corsi di lingua italiana ad orari più flessibili;
  - Corsi di educazione sanitaria ad esempio:corsi igiene della gravidanza, corsi di preparazione al parto, sessuologia ed affettività, illustrazione dei percorsi già prestabiliti per le donne gravide, corsi di formazione lavoro.....
  - Mezzi e modalità per migliorare la socializzazione per farsi conoscere e rendersi utili alla comunità a cui ormai appartengono e di cui vogliono fare parte partecipando attivamente.
  - Promozione di attività di auto aiuto: mamme per e con altre mamme.....

Concludendo posso dire che a Modena si è fatto molto per migliorare la salute e le condizioni di vita delle donne, ma c'è ancora molto da fare e lo si deve fare con l'aiuto e la partecipazione delle stesse perché è bene ricordarlo la salute della donna si ripercuote sulla salute di tutta la famiglia.