

Università Commerciale Luigi Bocconi - Milano
Facoltà di Economia
Corso di Laurea in Economia e Management
delle Amministrazioni Pubbliche e delle Istituzioni Internazionali

Gender Medicine: indicatori di gestione

Relatore: Prof. Giorgio Fiorentini

Controrelatore: Prof.ssa Amelia Compagni

Tesi di Laurea Specialistica di:

Giulia Di Donato

Matr. n° 1197748

Anno Accademico 2007-2008

*A mamma e papà
e a tutte le stelle senza le quali non avrei saputo navigare*

Criticare la disuguaglianza e desiderare l'uguaglianza non è, come talvolta si sente dire, coltivare l'illusione romantica che gli uomini siano uguali per intelligenza e carattere. Significa sostenere che, a fronte della profonda differenza delle loro doti naturali, il compito di una società civilizzata è di eliminare quelle disuguaglianze che trovano la loro origine non nelle differenze individuali, bensì nell'organizzazione sociale.

R. H. Tawney

Si ringraziano tutti gli Enti che hanno gentilmente partecipato alla ricerca, il Personale Ospedaliero, i Funzionari ed in particolari le pazienti che dedicando il loro tempo nonostante le avversità hanno reso possibile la realizzazione di questo progetto.

Indice

1. Introduzione	1
2. Letteratura sulla medicina di genere	4
2.1 La medicina di genere	4
2.2 Le politiche di genere	5
2.3 Le teorie femministe ed i “gender studies”	7
2.4 Le politiche sanitarie di genere	10
2.5 Le determinanti della disuguaglianza	13
2.5.1 Le determinanti sociali	14
2.5.2 Le determinanti di salute	16
3. Il Sistema Sanitario e le differenze di genere	20
3.1 Il Governo Clinico come strumento di genere	23
3.2 Il Sistema Sanitario Lombardo	26
4. Metodologia dell’indagine	29
4.1 Ipotesi della ricerca	29
4.2 Raccolta dei dati	32
4.3 Scelta degli enti coinvolti e tasso di risposta	34
5. L’accesso ai servizi sanitari di genere	39
5.1 Gli aspetti strutturali ed i servizi accessori	41
5.2 Indicatori di conoscenza dei servizi sanitari di genere	45
5.3 Indicatori di utilizzo dei servizi sanitari di genere	72
5.4 Indicatori di “fedeltà”	75
5.5 Indicatori di mancato utilizzo dei servizi sanitari di genere	77

6. La comunicazione dei servizi sanitari di genere	83
6.1 Indicatori di comunicazione sanitaria di genere	85
6.2 Il ruolo della comunicazione	103
7. L'integrazione dei servizi sanitari di genere	104
7.1. Indicatori di integrazione	106
7.2 Il dipartimento di genere	126
8. I servizi sanitari di genere e le donne immigrate	131
8.1 L'accessibilità ai servizi sanitari da parte delle donne immigrate	133
8.2 Il mediatore culturale	139
8.3 Indicatori di mancato utilizzo dei servizi sanitari di genere da parte delle donne immigrate	141
8.4 La salute riproduttiva delle donne straniere	149
8.5 Il rapporto ad oggi tra le donne immigrate ed il Sistema Sanitario	151
9. Conclusioni	154
9.1 I servizi sanitari di genere: sintesi dei risultati dell'indagine	154
9.2 La valutazione dei servizi sanitari di genere	156
9.3 Next step	158
9.4 Raccomandazione	162
Bibliografia	163
Allegati	169

1. INTRODUZIONE

Negli ultimi anni molteplici Direttive dell'Unione Europea hanno stabilito la necessità di rileggere in ottica di genere le politiche pubbliche integrando il principio delle pari opportunità in tutte le azioni, per diminuire le disuguaglianze tra uomini e donne.

Uno degli ambiti in cui risultano maggiormente accentuate le disuguaglianze di genere è quello sanitario.

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 nell'utilizzazione dei servizi sanitari.

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

Non riconoscere che il genere è un fattore essenziale dei prodotti sociali, compresa la salute, influenza negativamente la diagnosi delle malattie e la gestione dei servizi sanitari.

La riduzione delle disuguaglianze nella salute, fine prioritario dei sistemi sanitari pubblici e universalistici, è nell'agenda europea uno degli obiettivi fondamentali dell'Unione.

La diminuzione delle disuguaglianze deve quindi diventare una delle sfide principali dei programmi di sanità pubblica dei singoli Stati membri.

In Italia nonostante l'argomento sia di crescente interesse siamo ancora all'inizio di una strutturazione del Sistema Sanitario in un'ottica di genere. Pertanto assume particolare rilevanza effettuare un'indagine per verificare se questa modalità di lavoro migliori l'efficacia dei servizi sanitari, in modo da programmare in termini strategici gli obiettivi per i prossimi anni.

Nonostante gli studi di genere che approfondiscono aspetti organizzativi e gestionali del Sistema Sanitario stiano aumentando, esiste ancora un gap conoscitivo in letteratura sulle modalità operative di attuazione dei servizi sanitari di genere e sugli impatti che generano all'interno del sistema ospedaliero e sul benessere delle donne.

Tale gap si avverte anche a livello operativo tra il personale ospedaliero, sia sanitario che amministrativo, che presenta una scarsa formazione in materia.

L'obiettivo di questo lavoro è contribuire alla chiusura del gap conoscitivo che è stato identificato, individuando e misurando, gli asset fondamentali dei servizi sanitari di genere ed il loro impatto sull'efficacia dei servizi e sulla salute delle donne.

A tal fine, si è condotta un'indagine su 18 strutture ospedaliere, aventi sede in Lombardia, che si sono dimostrate essere maggiormente attente all'utenza femminile.

Come risultato si propone un framework di misurazione delle peculiarità dei servizi di genere, applicabili ad ogni singola struttura ospedaliera, in grado di rilevare i risultati raggiunti e di orientare le scelte future, al fine di raggiungere un miglior livello di efficacia delle prestazioni ed un miglior utilizzo delle risorse.

Tramite una rassegna della letteratura presente sul tema, il capitolo due della tesi fornisce un quadro concettuale sulla medicina di genere ed in particolare sulle politiche sanitarie di genere.

Il capitolo tre descrive il Sistema Sanitario italiano ed in particolare i limiti e le potenzialità di tale modello di sistema riletto in un'ottica di genere.

Il capitolo quattro spiega le ipotesi di partenza postulate e quale metodologia si è seguita nell'analisi svolta, sia a livello pratico per la raccolta dei dati tramite questionari e interviste, sia a livello concettuale, definendo, nel dettaglio, l'ambito della ricerca ed i tre filoni di indagine:

- L'accessibilità ai servizi sanitari di genere
- Il ruolo della comunicazione nei servizi sanitari di genere
- L'integrazione dei servizi sanitari di genere

Nei capitoli cinque, sei, sette e otto si presentano i finding dell'indagine quantitativa condotta suddivisi secondo le rispettive tematiche: accesso, comunicazione, integrazione ed un ultimo capitolo ad hoc dedicato alle donne immigrate.

Infine, nelle conclusioni esposte nel capitolo nove, si espongono i risultati dell'analisi definendo gli impatti che si sono individuati e si propone un possibile "cruscotto", composto da un set d'indicatori sviluppati durante la ricerca, utili per valutare i servizi sanitari di genere e per rendere le strutture ospedaliere confrontabili in un'ottica di genere, innescando un percorso sfidante di miglioramento continuo.

A tale cruscotto seguono degli indicatori di gender policy, che vengono proposti a completamento, per monitorare nel futuro l'evoluzione delle strategie sanitarie di genere dei singoli presidi ospedalieri.

Il presente lavoro rappresenta un primo livello di ricerca sul tema dei servizi di sanità di genere e si presta ad essere ulteriormente approfondito ed arricchito, così come ad essere applicato in altri ambiti territoriali ed in altre strutture ospedaliere.

Questa tesi rappresenta, quindi, il primo passo per future sistemiche analisi.

2. LETTERATURA SULLA MEDICINA DI GENERE

2.1 La medicina di genere

Con l'espressione "medicina di genere" s'intende la distinzione in campo medico delle ricerche e delle cure in base al genere di appartenenza, non solo da un punto di vista anatomico, ma anche secondo differenze biologiche, funzionali, psicologiche e culturali. (Siliquini, 2008)

La prima volta in cui in medicina si menzionò la "questione femminile" fu nel 1991 quando Bernardine Healy, direttrice dell'Istituto Nazionale Americano di Salute Pubblica, sulla rivista *New England Journal of Medicine* parlò di "Yentl Syndrome" a proposito del comportamento discriminante dei cardiologi nei confronti della donna.

Bisognò attendere però più di dieci anni affinché fosse avviata una sperimentazione riservata alle donne, esattamente fino al 2002 quando, presso la Columbia University di New York fu istituito il primo corso di medicina di genere: "A new approach to health care based on insights into biological differences between women and men", per lo studio di tutte quelle patologie che riguardano entrambi i sessi.

Ancora oggi l'ottica di genere non è pienamente utilizzata per programmare gli interventi di promozione della salute e tuttora persistono pregiudizi di genere nello studio dell'eziologia, dei fattori di rischio, nelle diagnosi e nei trattamenti.

Viene, infatti, ancora sottovalutata la salute delle donne all'interno della ricerca medica che è centrata sull'uomo e permane il pregiudizio scientifico che considera le malattie

delle donne con una prevalente derivazione biologica - ormonale e quelle degli uomini con una prevalente derivazione socio-ambientale e lavorativa.

Negli ultimi anni l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha compreso l'importanza dell'argomento costituendo dipartimenti ad hoc e gruppi di studio.¹

2.2 Le politiche di genere

Con le successive evoluzioni del trattato che istituisce la Comunità Europea², il principio della parità fra uomini e donne ha assunto un rilievo crescente nel testo del Trattato Comunitario.

La promozione della parità fra uomini e donne è considerata uno dei compiti essenziali della Comunità, la cui azione deve tendere a eliminare le disuguaglianze e promuovere la parità.

Dal 1995, a seguito della Quarta Conferenza mondiale delle Nazioni Unite sulle donne, svoltasi a Pechino, l'Unione europea ha assunto la prospettiva del *gender mainstreaming*³, intesa come la *“collocazione centrale dal punto di vista della differenza di genere nell’ambito di un’azione di governo integrazione sistemica di esigenze femminili e maschili nelle diverse situazioni per ottenere la piena uguaglianza, tenendo conto del diverso impatto e approccio che donne e uomini hanno....”*⁴

¹ Gender, Women and Health Department at WHO (www.who.int/gender)

² Sottoscritto a Roma il 25 marzo 1957, recepito nella legge 1203/1957, in vigore dal 1° gennaio 1958; è stato modificato dal Trattato Unico Europeo sottoscritto a Maastricht il 7 febbraio 1992, recepito nella legge 454/1992, in vigore dal 1° novembre 1993; dal Trattato di Amsterdam fatto il 2 ottobre 1997, recepito nella legge 209/1998, in vigore dal 1° maggio 1999 e dal Trattato di Nizza, fatto a Nizza il 26 febbraio 2001, recepito nella legge 11 maggio 2002 n. 102.

³ Gender Mainstreaming (GM) è stata presentata per la prima volta nel 1985 a Nairobi, in occasione della 3a Conferenza mondiale dell'ONU sulla donna. A seguito della conferenza di Pechino l'UE ha adottato: - L'Integrazione della parità delle opportunità nelle politiche comunitarie; - Strategia - quadro comunitaria per la parità tra donne e uomini (2001-2005); - Programmi per la parità delle opportunità (2001-2006)

⁴ Tale principio è stato recepito nel D.P.C.M. 27 marzo 1997.

Dalla conferenza di Pechino la dimensione di genere “entra nella corrente principale” e, pertanto, da quel momento il principio delle pari opportunità deve essere integrato ed esteso a tutte le politiche e azioni comunitarie, e tutte le decisioni devono essere valutate anche nel loro impatto differenziato sulla vita delle donne e degli uomini.

Si è quindi avviata una riflessione sulle differenze legate al genere, assumendo il genere come la categoria conoscitiva attraverso la quale leggere e riconoscere i soggetti, donne e uomini, nelle loro diversità. Si sono rivisti e reinterpretati i riferimenti economici, sociali, psicologici, metodologici che orientano il modo in cui sono letti e interpretati i soggetti.

Per comprendere tale prospettiva bisogna avere chiara la distinzione tra sesso e genere. Il sesso evidenzia la distinzione biologica tra uomini e donne ovvero, la differenza tra il sistema riproduttivo maschile e femminile. Il genere include, al contrario, non solo la distinzione biologica, ma sottolinea la costruzione sociale che va oltre le differenze biologiche e fisiologiche che definiscono gli uomini e le donne e legge le differenze imposte dalla cultura dominante di una società, dai ruoli sociali e dal sistema di relazione tra uomo e donna.

Mentre il sesso rimane “costante”, il genere è in continua evoluzione a seconda dei cambiamenti sociali politici ed economici in ogni singola società ed è socialmente determinato dalle relazioni di potere che dettano le possibilità e le chance disponibili in ogni realtà per le donne e per gli uomini.

All'interno di questa ricerca saranno analizzate le politiche di genere dedicate alle donne ed in particolare le politiche sanitarie.

2.3 *Le teorie femministe ed i “gender studies”*

Per comprendere maggiormente le politiche di genere e le disuguaglianze di genere si devono prendere in considerazione le teorie femministe ed i “gender studies” che si sono sviluppati nel corso degli anni. Gli studi, di matrice femminista, si sono rivolti all’analisi delle forme generali dello Stato Sociale, mentre gli approcci più recenti hanno portato l’attenzione sulle differenze che attengono alle diverse “famiglie di welfare”, dove le relazioni e i bilanciamenti tra le forme regolative dello stato, del mercato e della famiglia hanno dato vita a politiche sociali differenti con diverse ricadute sulle disuguaglianze di genere.

Gli studi d’impronta femminista degli anni Settanta ed Ottanta non hanno prodotto una teoria unificata sullo Stato Sociale. Ciò nonostante essi hanno contribuito a sottolineare la nascita delle politiche di welfare in Europa.

Le teorie femministe sottolineano il fatto che i movimenti operai e i ceti modernizzanti di fine Ottocento hanno lottato per ottenere il riconoscimento dei diritti sociali in modo separato e spesso antitetico rispetto ai movimenti e alle associazioni femminili del tempo. Per i primi il nucleo centrale dei conflitti e delle rivendicazioni riguardava il rapporto tra il lavoro, l’inabilità e il tempo libero, mentre per le donne il tema centrale era quello del rapporto fra lavoro retribuito e lavoro domestico. (Vicarelli, 2007)

Mentre così da parte delle associazioni prevalentemente maschili i temi della previdenza, dell’assicurazione sanitaria, degli infortuni e della disoccupazione erano considerati nodali per la costruzione dello Stato Sociale, per i movimenti femminili lo erano assai di più le politiche per la maternità e la tutela del lavoro delle donne. Alla base di questo “dualismo” si rileva una diversa concezione del ruolo maschile e femminile, nonché un mercato del lavoro segmentato poiché suddiviso tra occupazioni riconosciute e valorizzate nella sfera pubblica e lavori nella sfera privata non riconosciuti e non remunerati (il lavoro domestico e di cura). (Vicarelli, 2007)

Si è quindi sostenuto per molti anni che il dualismo nelle richieste dei diritti di cittadinanza abbia condotto alla creazione di un sistema di welfare “a due velocità”, basato su una cittadinanza sociale differenziata per i due sessi. Gli uomini avrebbero beneficiato di diritti sociali “pieni” di tipo assicurativo basati sulla loro partecipazione al

mercato del lavoro, quindi in virtù del loro essere o non essere “lavoratori” riconosciuti in un sistema economico-istituzionale di carattere formale. Le donne avrebbero beneficiato di diritti sociali “dimezzati” poiché inerenti la loro posizione all’interno della famiglia il cui carattere non costituiva comunque un diritto, ma eventualmente una concessione dello Stato a fronte di un bisogno volta a volta da dimostrare ed eventualmente meritare (benefici e servizi per la maternità e la crescita dei figli). (Nelson, 1990)

Da questi studi emerge l’idea che il welfare state abbia avuto inizialmente un carattere patriarcale in quanto strumento di codificazione di una sostanziale subordinazione femminile all’interno della sfera familiare e domestica. (Vicarelli, 2007)

A tale imprinting avrebbe fatto seguito un’impostazione di “genere maschile” delle politiche sociali in quanto proposte e realizzate da uomini.

A queste ricerche sono susseguite, negli ultimi anni, analisi che hanno voluto comprovare come le relazioni di genere siano “socialmente costruite” e sostenute da differenti assetti istituzionali e culturali. Si tratta di studi che vanno ad interagire con le analisi che gli studiosi del welfare propongono negli stessi anni sul tema delle differenti famiglie di welfare.

La più recente svolta da Langan e Ostner sostiene l’esistenza di quattro modelli di welfare: il welfare scandinavo, il welfare bismarckiano, il modello anglo-sassone ed il modello latino.

Il *welfare scandinavo* propone un modello di integrazione sociale attraverso il mercato del lavoro il quale risulta aperto sia agli uomini che alle donne, seppure con forme differenti. Esso si presenta come un allargamento dell’economia femminile dei servizi in cui sono le donne con lavoro pagato ad offrire servizi alle donne che altrimenti sarebbero incapaci di lasciare la famiglia per andare al lavoro. La dipendenza femminile in questo caso si esprimerebbe nei riguardi dello Stato anziché della famiglia e sarebbe mediata da una relativa indipendenza economica.

Nel modello di *welfare bismarckiano*, proprio dei paesi dell’Europa continentale, si tenderebbe a riprodurre sia le tradizionali forme di divisione sociale del lavoro sia le tradizionali forme di divisione del lavoro tra uomini e donne. Il welfare state enfatizzerebbe la famiglia come soggetto principale di erogazione di servizi proponendo

una modalità di compensazione ed istituzionalizzazione di una cittadinanza sociale ristretta, basata sulla piena occupazione maschile. (Vicarelli, 2007)

Il *modello anglo-sassone*, invece, si baserebbe su un concetto di eguaglianza e di libertà fittizio poiché centrato sul mercato e quindi incapace di cogliere le differenze che agli uomini e alle donne derivano dalla famiglia e dal lavoro domestico. In questo ultimo modello, la famiglia e la donna dipendono, di fatto, dal cittadino maschio e assai meno dall'intervento pubblico. Nel modello di welfare latino, infine, ci si troverebbe di fronte ad una forma rudimentale caratterizzata da un'ampia partecipazione femminile al mercato del lavoro informale e al tempo stesso da un forte coinvolgimento della famiglia nella produzione dei servizi per il benessere. Da questo punto di vista non gli individui ma la famiglia e le imprese sono i soggetti cui si indirizzano principalmente le politiche di welfare. (Vicarelli, 2007)

Ogni famiglia di welfare propone un diverso mix tra ruolo dello stato, del mercato e della famiglia attribuendo volta a volta a ciascuno di questi fattori un carattere predominante sia nell'ambito della produzione che della riproduzione sociale. Se si focalizza, in altri termini l'attenzione su questi due campi si scopre una ben differenziata posizione delle quattro famiglie di welfare europei. Mentre nel caso dei paesi scandinavi la responsabilità della riproduzione sociale (lavoro domestico e di cura) risulta a carico principalmente dello stato, nei paesi anglosassoni il peso viene suddiviso tra mercato e famiglia, nei paesi continentali tra stato e famiglia, mentre nei paesi mediterranei la responsabilità resta ampiamente alla famiglia. (Vicarelli, 2007)

Non deve meravigliare allora, che all'interno dei sistemi sanitari europei si notino delle disuguaglianze a seconda del sistema di welfare di appartenenza.

2.4 *Le politiche sanitarie di genere*

Uno dei principali settori che andrebbe ristrutturato seguendo un'ottica di genere è quello sanitario.

Le politiche ed i programmi sulla salute spesso perpetuano stereotipi di genere non considerando le disparità socio economiche e non tenendo conto della diffusa mancanza di autonomia decisionale delle donne sulla propria salute.

Come sottolineato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità la considerazione sulla dimensione di genere è indispensabile per diminuire le disuguaglianze.⁵

Le disuguaglianze nella salute sono legate all'appartenenza a classi sociali svantaggiate, alla povertà, all'età, tutti elementi in cui le donne risultano più sfavorite.

Sono state a tale proposito create delle linee guida dall'OMS⁶ attraverso le quali può essere ridisegnato il sistema sanitario in un'ottica di genere:

- a) *develop skills, capacities and capabilities among health professionals at all levels of the health system to understand and apply gender perspectives in their work.*
- b) *provide information about diseases and ensure confidentiality and respectful treatment by providers by integrating gender into treatment literacy programmes which intend to raise awareness, counteract stigma and empower patients in their interactions with providers.*
- c) *provide comprehensive and essential health care, universally accessible to all in the community in an acceptable and affordable way and with the participation of women*
- d) *offer care to women according to their needs, their time and other constraints taken into consideration*

⁵ Nel 2000 L'OMS ha inserito la Medicina di Genere nell'Equity Act, intesa non solo come parità d'accesso ma anche come adeguatezza di cura secondo il genere.

⁶ WHO Gender Strategy, WHO (2007)

- e) *improve the quality and women's access to health care by increasing gender equity in the health care workforce at all levels*
- f) *incorporate gender into clinical audits and other efforts to monitor quality of care.*
- g) *reducing hierarchies of power: gender and others*

Gli studi internazionali svolti su tale tematica dalle Nazioni Unite e dalla Banca Mondiale hanno evidenziato come investimenti, dedicati alla salute delle donne, diano la possibilità di ritorni più elevati sotto forma di sviluppo più rapido, efficienza elevata, maggior risparmio e riduzione della povertà. Attraverso i miglioramenti nella salute delle donne, i governi potrebbero dare un significativo impulso allo sviluppo economico e sociale⁷.

Riconoscere le differenze non solo biologiche, ma anche quelle relative alla dimensione socio culturale del genere è rilevante per delineare programmi ed azioni, per organizzare l'offerta dei servizi, per indirizzare la ricerca e per analizzare i dati statistici. Studiare e capire le differenze di genere è elemento essenziale per il raggiungimento delle finalità stesse del nostro sistema sanitario e per garantire che vengano identificati gli indicatori di equità⁸ di genere, fino ad oggi non riconosciuti o sottostimati. La dimensione di genere nella salute è una necessità metodologica, analitica nonché strumento di governo e di governance del sistema: risulta quindi necessario ripensare il Sistema Sanitario in quest'ottica per poter migliorare la sua qualità e la sua equità.

Nell'ultimo decennio, numerose ricerche di carattere epidemiologico e sociologico hanno evidenziato come le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari e nei livelli di salute della popolazione non siano affatto diminuite con l'affermarsi dei sistemi di welfare. (Cardano, 2007; Bronzini, 2008)

⁷ Lo stesso ex Ministero della salute italiano, Livia Turco, ha riconosciuto che il genere è un fattore essenziale per il sistema sanitario in quanto lo stato di salute, il benessere e la sua percezione, la promozione della salute, l'insorgenza delle malattie e il loro decorso, gli approcci terapeutici e la loro efficacia sono diversi tra le donne e gli uomini.

⁸ L'**equità** nella salute può essere definita come l'esistenza delle stesse opportunità per ciascuno di raggiungere il massimo potenziale di salute, attraverso l'eliminazione o la riduzione delle differenze derivanti da fattori considerati evitabili e ingiusti, *Martini* (2007)

Nonostante l'aumento delle risorse economiche elargite nelle politiche di protezione sociale, i differenziali di salute appaiono in aumento in molti paesi europei. Quanto precede, appare particolarmente evidente nel caso delle differenze legate al genere, le quali restano marcate nonostante la crescente omologazione degli stili di vita femminili e maschili e sebbene le donne oggi occupino un ruolo significativo all'interno delle società occidentali.

Uno dei Paesi europei che ha affrontato in modo concreto questo problema è stato la Svezia⁹ che ha modificato il vecchio sistema di welfare patriarcale, assumendo un modello di sistema "friendly" cioè amichevole per le donne.

In Italia, nonostante il crescente interesse per le argomentazioni trattanti la salute di genere, non è ancora stato creato un sistema adeguato che comprenda indicatori sui livelli di salute della popolazione e sulle performance dei servizi sanitari con particolare attenzione ai differenziali sociali e di genere. La configurazione sempre più territoriale e federale del Servizio Sanitario ha reso inoltre più difficile l'individuazione del modello italiano di welfare, impedendo, di fatto, la comparazione con gli altri paesi europei. (Vicarelli, Pavolini, Neri 2007)

Questa mancanza è emersa nel penultimo Rapporto sulla Salute delle Donne dell'OMS¹⁰ ove si è affermato che, in Italia nel campo della salute, l'uguaglianza di genere non è stata ancora adeguatamente affrontata e che le informazioni sugli impatti delle politiche sanitarie, sono raramente disaggregati per sesso.

⁹ Se si volesse approfondire l'argomento Westerling R., *Decreasing gender differences in 'avoidable' mortality in Sweden* (2003)

¹⁰ *Unequal, unfair, ineffective and inefficient: gender inequity in health: Why it exists and how we can change it*, WHO, (2007)

2.5 *Le determinanti della disuguaglianza*

Le evidenze empiriche hanno dimostrato come le donne:

- siano più propense a consultare i medici,
- subiscano più operazioni ed accertamenti diagnostici,
- siano più ospedalizzate e più probabilmente assumano farmaci e psicofarmaci.¹¹

Tali comportamenti sembrano legati a 3 fattori: (Facchini, Rubini 2002)

■ La longevità femminile che spesso comporta problemi psicofisici: le donne vivono più a lungo degli uomini e sono per questo motivo maggiormente e diversamente colpite dalla malattia.

■ La specificità di genere della malattia: le donne sono più soggette a malattie inabilitanti.

■ I fattori culturali e le regole morali che costruiscono le identità e le aspettative sociali di genere definendone il valore di paternità, maternità e vita familiare. Le ricerche dimostrano come, le donne, facciano uso dei servizi sanitari in misura maggiore rispetto agli uomini anche perché il loro rapporto con le strutture sanitarie è legato ad una funzione di intermediazione tra le esigenze dei familiari e il sistema sanitario (mediazione familiare-sanitaria¹²).

Negli ultimi anni, principalmente per queste motivazioni, le differenze esistenti tra uomini e donne hanno incominciato a ricevere maggiori attenzioni nella programmazione dei servizi pubblici, soprattutto nell'ambito sanitario.

Per comprendere maggiormente la situazione attuale bisogna anche ricordare che, nella maggior parte delle società moderne, le donne non occupano posizioni "dominanti" avendo generalmente uno status sociale inferiore agli uomini, minori livelli occupazionali, minor accesso e controllo sulle risorse ed ultimo ma non meno importante, più carico di lavoro familiare.¹³

¹¹ Rapporto della Commissione Europea sullo stato di salute della popolazione nei Paesi Membri, 2007

¹² Sussidiarietà familiare

¹³ Secondo i dati ISTAT 2007

Non si tratta quindi solo di disuguaglianze sociali, ma anche di disuguaglianze di genere.

Il paradosso dei tassi più bassi in termini di mortalità e più alti in termini di morbilità nelle donne rispetto agli uomini ha avviato un dibattito tra biologi, clinici e sociologi.

Risulta quindi necessario analizzare sia le determinanti sociali sia le determinanti di salute che caratterizzano la donna per comprendere le disuguaglianze di genere.

2.5.1 Le determinanti sociali

Dal punto di vista socio culturale esistono molteplici fattori da prendere in considerazione:

a) Dal punto di vista occupazionale i dati del Ministero della Salute italiano¹⁴ affermano come il tasso di attività delle donne sia aumentato in maniera considerevole nell'ultimo decennio; tale tendenza si è accompagnata allo sviluppo del lavoro a tempo parziale. Per quanto riguarda la disoccupazione, le donne ne sono colpite maggiormente rispetto agli uomini. Ultimo ma non meno importante fattore occupazionale da tenere in considerazione è la quantità di tempo libero disponibile: in media, circa una donna su quattro subisce limitazioni delle sue attività giornaliere e, tale media aumenta con l'età.

b) La donna rappresenta il provider primario della salute dei membri della propria famiglia: bambini, coniugi, anziani e disabili (Rice, 2005); ricopre il ruolo di care giver cioè di "colei che fornisce assistenza e supporto in risposta a bisogni che nascono all'interno della famiglia e della comunità" (AIHW, 2003).

Il ruolo di care giver non è in nessun modo normato o economicamente supportato e, spesso, si sovrappone alla normale e quotidiana attività lavorativa della donna.

¹⁴ www.ministerosalute.it

Non è quindi da sottovalutare il fatto che, a causa delle modificazioni demografiche avvenute nell'ultimo periodo, gli anni più dedicati al ruolo di care giver della donna siano quelli centrali nella carriera lavorativa e, all'aumentare delle responsabilità di caring, diminuisce la capacità di partecipare attivamente alle attività lavorative esterne alla famiglia. (Ricciardi, 2008)

Esiste ormai una forte evidenza che suggerisce come il ruolo di care giver e di shock absorber nel fornire supporto sociale e spesso emotivo, all'interno della famiglia, influenzi lo stato di salute, i comportamenti relativi alla salute e anche l'utilizzo dei servizi sanitari. (Davidson, 2006)

Sono molte le situazioni che vedono costretta la donna da un lato a mantenere un lavoro per necessità economiche, ma, dall'altro, a non potersi assumere appieno le responsabilità che il lavoro richiede rendendo potenzialmente difficile una carriera soddisfacente.¹⁵

- c) Il genere femminile è quello che viene maggiormente influenzato dai processi di globalizzazione a causa delle ricadute sulla salute riproduttiva e sui diritti delle donne. La liberalizzazione e l'integrazione dei processi sono, infatti, asimmetrici nelle classi sociali e nel genere. (Grown, 2000)

L'analisi di genere delle determinanti sociali della donna, suggerisce come le politiche sanitarie possano incidere diversamente sulle donne rispetto agli uomini a causa dei maggiori bisogni di quest'ultime di assistenza sanitaria per le loro funzioni riproduttive, per la diversa integrazione sociale e culturale e per la vulnerabilità finanziaria e la loro maggiore partecipazione come fornitori di assistenza sanitaria. (Evers Juárez, 2003)

¹⁵ Per maggiori approfondimenti si rimanda alle Direttive dell'UE relative alle Politiche di Conciliazione.

2.5.2 Le determinanti di salute

Come affermato precedentemente gli studi, relativi alla salute e al genere, rivelano che le donne vivono più a lungo degli uomini con più anni di disabilità. Benché le donne abbiano un'aspettativa di vita più lunga spesso, la solitudine e la disabilità, segnano gli ultimi anni di vita. Inoltre le donne continuano a morire per malattie prevenibili come il tumore al collo dell'utero. (Ricciardi, 2008)

I fattori che caratterizzano la donna dal punto di vista epidemiologico e sanitario sono di seguito riportati:

- a) Il 10% delle donne italiane segnala di essere stata ospedalizzata nel corso dell'anno precedente (per motivi diversi dalla maternità) per una durata complessiva di circa 10 giorni.¹⁶
- b) Secondo i dati dell'indagine Istat (2008), l'8,3% delle donne italiane denuncia un cattivo stato di salute contro il 5,3% degli uomini.
- c) Le statistiche internazionali¹⁷ affermano che le malattie cardiovascolari sono la primaria fonte di decesso per la donna e superano di gran lunga tutte le altre cause di morte. E' opinione comune che le malattie cardiovascolari siano prettamente maschili. Esiste, pertanto, ancora un forte pregiudizio di genere che riguarda l'approccio ai problemi cardiovascolari nelle donne. La conseguenza è che l'intervento preventivo, a differenza degli uomini, non si rivolge verso gli stili di vita delle donne ma si orienta al controllo di quello che è considerato il responsabile fattore di rischio e cioè la menopausa, con la somministrazione di ormoni che espongono le donne ad altri fattori di rischio. (Ministero della Salute, 2008)

¹⁶ Dato del Rapporto sulla Salute delle Donne del Ministero della Salute

¹⁷ www.who.int

- d) Negli ultimi anni è cresciuto più tra le ragazze, che per i ragazzi, il consumo di alcool e la diffusione del fumo esponendole, in tal modo, a maggiori rischi.¹⁸
- e) Le patologie psichiche sono prevalenti ed in crescita tra le donne, e nonostante le donne siano maggiori consumatrici di farmaci degli uomini sono poco rappresentate nei trials clinici e farmacologici.¹⁹
- f) Per quanto riguarda la salute sul posto di lavoro, all'interno delle diverse ricerche svolte, sono state considerate esclusivamente le caratteristiche bio-psichiche e socio-economiche del lavoratore maschio. Delle donne si parla soltanto nel periodo della gravidanza, in rapporto esclusivamente ai rischi del nascituro. Lo stress patologico è associato esclusivamente al lavoro produttivo, senza considerare il maggior rischio psico-sociale che colpisce le donne e che è dato dal doppio carico di lavoro.
- g) Ancora minore è l'attenzione data agli eventi patologici connessi con il lavoro domestico, in particolare agli infortuni. (Ministero della Salute, 2008)
- h) Ulteriore fenomeno sottostimato è la violenza sessuale, fisica, psicologica, contro le donne. I dati 2007 dell'Istat segnalano che le donne in Italia, in un'età compresa tra 16 ed i 70 anni, che subiscono violenza nel corso della vita, sono sette milioni. La violenza contro le donne ha una forte rilevanza sanitaria per le conseguenze immediate delle lesioni fisiche e per gli effetti secondari: depressione, ansia e attacchi di panico, disturbi dell'alimentazione, dipendenze, disturbi sessuali e ginecologici, malattie sessualmente trasmissibili, disturbi gastrointestinali e cardiovascolari.
- i) Il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente e la causa di morte per tumore più importante per le donne: all'interno dei programmi di screening persistono forti differenze territoriali e anche disuguaglianze sociali.²⁰

¹⁸ Dati ISTAT 2008

¹⁹ Dati Osservatorio Salute 2008

²⁰ Molteplici sono le differenze territoriali nei programmi di screening in Italia per maggiori informazioni è possibile consultare l'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane.

- j) Un'altra patologia che richiede una particolare attenzione e sicuramente l'osteoporosi che rappresenta, in relazione all'aumentata durata della vita media, un problema di grande importanza. Molte donne, non essendo informate su questa malattia, non si attivano in tempo per prevenirla. ²¹
- k) Altro fattore critico da presidiare è il considerevole aumento della popolazione straniera che ha sollevato nuove problematiche in ambito sanitario in relazione al soddisfacimento dei bisogni espressi da questa “nuova” fascia sociale. (Pasini, 2004)

Si può affermare che la ricerca bio-medica enfatizza le differenze biologiche, mentre quella sociale enfatizza il diverso contributo del ruolo e delle risorse di uomini e donne nell'arco della vita. (Bird, 2002)

Le numerose evidenze sopra esposte sia di carattere sociale che epidemiologico hanno sottolineato l'influenza del fattore “genere” sulla salute.

Bisogna ricordare che:

1. Aggiustando per tutti i fattori di rischio biologico noti, permangono sostanziali differenze di sesso nella mortalità. (Fowler, 2007)
2. La differente percezione dello stato di salute, la diversa attitudine alla richiesta di aiuto sono responsabili dei differenziali di morbosità. (Doyal, 2001)
3. Controllando per income e variabili relative allo stato di ‘shock absorber’ le differenze (morbosità) scompaiono. (Bird, 1999)

Inoltre come affermato precedentemente le differenze biologicamente determinate sono universali mentre le differenze sociali tra donne e uomini sono derivate da ruoli sociali imposti, mutevoli nel tempo e variabili tra culture differenti. (Monaci, 2002)

²¹ A novembre 2008 è stata approvata una mozione in Senato sull'Osteoporosi per migliorare il percorso di diagnosi e cura di tale patologia.

Si può quindi affermare che le donne, durante il corso della propria vita, devono affrontare problematiche di salute differenti dagli uomini, caratterizzate dalle fasi ormonali e dagli stili di vita adottati a cui vanno sommate le specificità del ruolo che le stesse ricoprono all'interno della società.

In tal senso, emerge in maniera chiara la necessità di modificare i programmi sanitari creando raccomandazioni e linee guida, sistemi di rilevazione dei dati e di monitoraggio adeguati in modo da poter ristrutturare, in un'ottica di genere, i servizi sanitari uniformando gli interventi su tutto il territorio nazionale, promuovendo le buone pratiche e l'aggiornamento degli operatori sia ospedalieri che territoriali.

3. IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE E LE DIFFERENZE DI GENERE

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano è un sistema “universalistico”, rivolto a tutta la popolazione di riferimento senza distinzioni di genere, residenza, età, reddito e lavoro.²²

Il principio dell’universalismo, su cui si basa il Sistema Sanitario Nazionale, senza una reinterpretazione alla luce dei cambiamenti avvenuti all’interno della società italiana negli ultimi trenta anni, può portare ad una diminuzione dell’accessibilità e dell’efficacia delle prestazioni sanitarie di genere.

Non rappresenta più la migliore logica di erogazione dei servizi sanitari la creazione di servizi standardizzati per una popolazione composta da persone con peculiarità differenti.

La riforma avviata dal D.lgs. 502/1992 ha modificato in maniera radicale il Sistema Sanitario Nazionale.

L’obiettivo perseguito era quello di realizzare un sistema sanitario rivolto a tutti i cittadini con adeguati standard di efficienza ed efficacia nella gestione e nell’erogazione dei servizi, quale condizione utile e necessaria per raggiungere l’obiettivo del contenimento della spesa sanitaria complessiva.

²² Per ulteriori delucidazioni si prenda visione del *Libro bianco sui principi fondamentali del servizio sanitario nazionale* del Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche “V. Bachelet”.

La riforma ha operato principalmente su due livelli: quello istituzionali e quello aziendale. Al primo livello assume rilevanza il principio della regionalizzazione del sistema sanitario in base al quale alle regioni vengono affidate funzioni legislative ed amministrative in ambito sanitario.

Al secondo livello le principali innovazioni introdotte riguardavano la trasformazione in aziende delle strutture sanitarie pubbliche, la cui gestione viene orientata a principi economici di efficienza ed efficacia.

Gli obiettivi istituzionali del Sistema Sanitario Nazionale sono definiti in sede di programmazione nazionale mediante la predisposizione del “Piano Sanitario Nazionale” (d’ora innanzi PSN) affidato al governo d’intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome.

Gli obiettivi e le relative strategie di attuazione del Sistema Sanitario Nazionale devono essere definiti dalle Regioni, in coerenza con il “PSN” nell’ambito dei piani regionali sanitari.

Il “PSN” promuove, inoltre, l’equità del sistema da intendersi non come capacità di dare tutto a tutti ma come capacità di assicurare ciò che è necessario, garantendo il superamento delle disuguaglianze sociali e territoriali.

I sistemi sanitari riflettono le disuguaglianze della nostra società. Queste ultime derivano dalle diverse condizioni socio-economiche e, per converso, possono risultare lo strumento per contrastare le conseguenze sulla salute derivanti da tali diverse condizioni. Per questo, è importante perseguire, con maggiore incisività, l’obiettivo dell’equità e dell’equilibrio nella disponibilità di risorse in relazione ai bisogni di salute dei differenti contesti sociali. (Bierman, 2007)

L’approccio moderno e “progressista” di un sistema sanitario per tutti ha, tuttavia, per motivi antropologici ed organizzativi, privilegiato un approccio indifferenziato dell’offerta dei servizi sanitari.

Gli stessi, invece, per i motivi sopra esposti richiedono una selezione definendo priorità nell’erogazione ed un legame alle caratteristiche collettive che sono differenziate per popolazione di riferimento (il genere).

Risulta essere importante, se si vuole progredire, realizzare politiche che garantiscano ai “generi”, ed a quello femminile in particolare, un’attenzione speciale non solo nella modalità generale, ma specifica e consistente sia per l’erogatore (servizio sanitario) sia per il fruitore (paziente).

L'accessibilità deve essere garantita soprattutto alle fasce economicamente più deboli (che sono nella maggior parte dei casi donne) per le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. (Pastore, 2007)

La mancata accessibilità ai servizi offerti dal Sistema Sanitario Nazionale spingerebbe i possibili fruitori di tali servizi verso settori libero-professionali a pagamento con una conseguenziale negazione del diritto pubblico alla tutela della salute. E' da valutare, attentamente, in relazione al dispiegamento dei modelli di salute regionali, la modalità attraverso la quale viene garantito il diritto all’accessibilità alle fasce socialmente, economicamente o culturalmente più svantaggiate. (Cantù, 2001)

Bisogna prendere atto delle difficoltà legate alla realizzazione dell’evoluzione nell’erogazione dei servizi sanitari regionali; infatti, è condivisa la necessità di garantire servizi sanitari di livello e qualità ai propri cittadini, evitando discriminazioni all’accesso degli stessi.²³

Non tenendo presente le differenze di genere in tale processo evolutivo si creerebbero barriere all’accesso che porterebbero un peggioramento dell’equità.

Con l’Accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2003 sono state individuate cinque aree prioritarie di applicazione del “PSN”:

- 1) Attuazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA);
- 2) Le cure primarie;
- 3) La non autosufficienza;
- 4) I centri di eccellenza;
- 5) La comunicazione istituzionale soprattutto applicata alla prevenzione.

²³ Il DPCM del 29 novembre 2001, stabilisce che le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal SSN sono quelle riconducibili ai seguenti Livelli Essenziali di Assistenza (LEA): Assistenza Sanitaria Collettiva in ambiente di vita e di lavoro, Assistenza Distrettuale, Assistenza Ospedaliera.

Tali aree prioritarie devono essere realizzate seguendo alcune principali linee d'azione:

- I. Ottimizzare la domanda con le "Primary Care Clinics" (UTAP);
- II. Misurare gli *outcome* e promuovere il governo clinico per la qualità;
- III. Educazione sanitaria, prevenzione primaria e diagnosi precoce;
- IV. Centri di eccellenza clinica;
- V. Ricerca clinica

3.1 Il Governo Clinico come strumento di genere

In tutti i paesi sviluppati negli ultimi anni si è assistita ad una crescita enorme della domanda di prestazioni sanitarie e quindi allo svilupparsi di politiche tese alla massima realizzazione delle strategie di offerta dei servizi.²⁴ Queste iniziative hanno mostrato la loro insufficienza nel lungo periodo se non vengono specificatamente affiancate da una corretta politica di governo della domanda che trova il suo fulcro nell'appropriatezza dei servizi erogati. (Gori, 2001)

La traduzione operativa di questi concetti si colloca sostanzialmente nello sviluppo di un reale *governo clinico* che vede i professionisti della sanità direttamente coinvolti e responsabilizzati.

Il governo clinico (o governo della qualità clinica) è il "cuore" dell'organizzazione sanitaria negli ospedali.

Il controllo dei costi e dei correlati aspetti finanziari dovrebbe essere, almeno in larga parte, conseguenza del suo esercizio giacché, non è sensato, porsi un obiettivo di efficienza se non vi è innanzitutto garanzia di qualità.

Il Governo clinico (GC) - Clinical Governance - è uno strumento per migliorare la qualità delle cure destinate ai pazienti e per lo sviluppo delle capacità complessive e dei capitali del Servizio Sanitario Nazionale che, ha lo scopo di mantenere elevati gli standard

²⁴ Dati OCSE 2007

qualitativi nonché di migliorare le performance professionali del personale sanitario, favorendo lo sviluppo dell'eccellenza clinica.²⁵

L'obiettivo fondamentale dei programmi di miglioramento della qualità è quello che ogni paziente riceva quella prestazione che produca il miglior esito possibile in base alle conoscenze disponibili e che comporti il minor rischio di danni conseguenti al trattamento con il minor consumo di risorse e, con la massima soddisfazione per il paziente. (Pagano, 2004)

Da ciò deriva la definizione delle caratteristiche che un sistema sanitario ideale, a cui tendere, dovrebbe possedere: sicurezza, efficacia, centralità del paziente, tempestività delle prestazioni, efficienza ed equità.

Risulta, quindi fondamentale, che il governo clinico si proponga come promotore di una ridefinizione delle modalità di erogazione dei servizi sanitari e delle strutture ospedaliere in un'ottica di genere con l'obiettivo, di migliorare l'efficacia e l'equità delle prestazioni ottimizzando le risorse.

La politica di attuazione del governo clinico richiede un approccio di "sistema" e va realizzata tramite l'integrazione di numerosi determinanti tra di loro interconnessi e complementari, tra i quali vi sono:

- ✓ la formazione continua,
- ✓ la gestione del rischio clinico,
- ✓ l'audit,
- ✓ la medicina basata sull'Evidenza,
- ✓ le linee guida cliniche,
- ✓ i percorsi assistenziali,
- ✓ la gestione dei reclami e dei contenziosi,
- ✓ la comunicazione e gestione della documentazione,

²⁵ Definizione del Ministero della Salute (Piano Sanitario Nazionale 2006-2008)

- ✓ la ricerca e lo sviluppo,
- ✓ la valutazione degli esiti,
- ✓ la collaborazione multidisciplinare,
- ✓ il coinvolgimento dei pazienti,
- ✓ l'informazione corretta e trasparente,
- ✓ la gestione del personale.²⁶

È in questa sistematica attenzione alla qualità dell'assistenza che il governo clinico offre la possibilità di essere utilizzato come strumento per "agire" all'interno delle strutture ospedaliere in un'ottica di genere.

Un altro elemento per la realizzazione di un governo clinico orientato al genere è la gestione e lo sviluppo dell'organizzazione che dovrà svolgere attività di programmazione e budgeting, di valutazione degli esiti (outcome) sulla base di standard prefissati promuovendo azioni di ricerca organizzativa di genere.

Si può ipotizzare che l'attuazione di prassi di governo clinico non solo a livello ospedaliero, ma anche a livello territoriale, permetteranno di aumentare la qualità e l'accessibilità delle cure offerte ai cittadini se verranno considerate le differenze di genere.

²⁶ Piano di attuazione del Governo Clinico prefissato dal Ministero della Salute all'interno del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.

3.2 Il Sistema Sanitario Lombardo

La Lombardia costituisce il Sistema Sanitario Regionale più avanzato del Paese. Essa ha saputo realizzare gli orientamenti previsti dalle varie riforme sanitarie, che si sono susseguite negli ultimi anni, raggiungendo il livello di concorrenzialità più elevato in Italia.

Con la legge regionale n. 31 del 1997 la Lombardia si è data un sistema di organizzazione sanitaria che è strutturato sulla base di alcuni principi fondamentali:

- separazione fra Asl e Aziende Ospedaliere
- equiparazione delle aziende ospedaliere pubbliche e private
- libertà di scelta del cittadino il quale può ricorrere a tutte le aziende sanitarie pubbliche o private
- affermazione del sistema di pagamento a prestazione

E' universalmente riconosciuto che, alla base del buon funzionamento di un Sistema Sanitario Nazionale, debbano esserci alcuni principi fondamentali che vanno uniformemente preservati come vincolo non eludibile.²⁷

- il principio del rispetto della dignità umana e dell'universalità;
- il principio del soddisfacimento del bisogno di salute;
- il principio della libertà di scelta del cittadino garantendo equità e pari opportunità di accesso all'assistenza;
- il principio della qualità delle cure e della loro appropriatezza, riguardo le specifiche esigenze;
- il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse.

²⁷ WHO, *En-gendering' the Millennium Development Goals (MDGs) on Health*, WHO, Geneva, 2003

Il problema è quello di trovare un punto di equilibrio tra l'uniformità, che è avvertita dai cittadini come un'esigenza fondamentale in materia di sanità, come del resto in tutti gli ambiti che attengono ai "diritti civili e sociali", e la diversità, che discende dai bisogni specifici e dalle scelte organizzative dei livelli istituzionali locali.

Si può, a questo scopo, fare uso del modello di rete con tre livelli erogativi stratificati in base alla complessità delle cure:²⁸

- 3° livello: assistenza ospedaliera a media ed alta tecnologia;
- 2° livello: specialistica, diagnostica di primo e secondo grado, terapia ed assistenza ospedaliera generica;
- 1° livello: prevenzione, medicina di base, attività socio sanitaria e farmacia.

E' fondamentale che ogni livello di erogazione effettui gli interventi appropriati con la conseguenza che le risorse economiche vengano allocate in modo consistente ed efficace tenendo conto delle variabili di genere.

Il 3° livello erogherà cure di media ed alta tecnologia per patologie acute. Per far ciò è necessario disporre di adeguati volumi di erogazione per il raggiungimento di standard qualitativamente elevati.

L'organizzazione del 2° livello, all'interno della rete regionale, richiede il superamento di alcune criticità territoriali distinguendo tra:

1. Le strutture ospedaliere periferiche senza difficoltà di collegamento con la struttura / presidio ospedaliero di riferimento, per le quali occorre un'approfondita riflessione in merito alla loro possibile riconversione, anche sperimentando forme alternative di assistenza e cura, ponendo particolare attenzione a garantire la presenza di mezzi di trasporto con personale preparato per l'emergenza urgenza;
2. Le strutture ospedaliere "zonali", storicamente consolidate sul territorio, solitamente costituite da reparti di base (medicina, chirurgia, ostetricia, pediatria) relativamente

²⁸ Suddivisione dei livelli di erogazione dei servizi sanitari secondo le disposizioni del Ministero della Salute

più distanti dai centri di riferimento. Queste strutture possono essere mantenute solo in relazione ad un volume di domanda appropriato a garantire la qualità del servizio, se necessario razionalizzando i posti letto, integrando i reparti, utilizzando al meglio le risorse. In mancanza di questi presupposti si potrà prendere in considerazione una loro riorganizzazione e/o una loro parziale o totale riqualificazione, in particolare per i bisogni dei pazienti cronici, in termini di:

- ✓ punto di erogazione delle cure primarie (gruppi di cure primarie);
- ✓ poliambulatorio per l'erogazione di prestazioni specialistiche;
- ✓ sperimentazione dell'ospedale di comunità (country hospital) a gestione integrata con i MMG;
- ✓ aggregazione delle sopraccitate tipologie in centri di assistenza territoriali;

3. Le strutture ospedaliere, di piccole dimensioni, che servono zone geograficamente disagiate, quali ad esempio tutta la fascia alpina, prealpina e le aree montane in genere, in cui vanno assicurati i servizi necessari sulla base della domanda localmente espressa. Il livello di competenza del personale potrebbe essere garantito dall'organizzazione dipartimentale ed interaziendale, con personale in turnazione proveniente dal presidio principale di riferimento per mantenere un'adeguata capacità operativa.

A seguito dell'analisi svolta sull'attuale Sistema Sanitario emerge la necessità di rivalutare le modalità di erogazione dei servizi sanitari, passando da un'offerta standardizzata dei servizi ad un'offerta ad hoc, "disegnata" sull'individualità, che tenga conto delle differenze di genere e, delle esigenze e dei bisogni del singolo.

4. METODOLOGIA DELL'INDAGINE

4.1 Ipotesi della ricerca

Le ipotesi di ricerca sono:

- 1. Le condizioni di erogazione/cessione dei servizi di sanità di genere aumentano l'efficacia dei servizi sanitari?*
- 2. E se sussistono tali miglioramenti come possono essere misurati?*

In questo capitolo viene esposta la metodologia che si è seguita al fine di impostare una ricerca che permettesse di rispondere a tali domande.

Si è inizialmente condotta un'analisi della letteratura esistente in materia evidenziando la scarsità delle ricerche svolte su tale tematica in Italia. Esistono prevalentemente studi che affrontano la medicina di genere dal punto di vista clinico ma gli aspetti organizzativi sono ancora oggi trascurati nonostante le direttive emanate dall'OMS e le evidenze emerse dagli studi effettuati dal mondo scientifico anglosassone.

Quale contributo alla tesi è stata inoltre intervistata la Direttrice della Programmazione e Controllo della Regione Lombardia la quale ha confermato la novità della materia e l'assenza di ricerche effettuate in merito.

Lo scopo di questo lavoro è di:

- Valutare l'accessibilità dei servizi di prevenzione/promozione di genere da parte delle donne.

Si sono scelti i servizi di prevenzione e promozione alla salute principalmente per tre motivi:

1. La promozione della salute è una parte integrante del processo sanitario ed è collegata a tematiche cliniche, educative comportamentali ed organizzative.
2. I servizi di promozione rappresentano il primo step alle successive fasi di diagnosi e cura.
3. Il miglioramento della qualità deve includere le attività di promozione della salute al fine di assicurare che siano utilizzati approcci efficaci e che questi siano continuamente monitorati per migliorare gli esiti.

- Valutare gli impatti della comunicazione sanitaria di genere sull'efficacia delle prestazioni.

- Valutare il livello di integrazione tra le varie fasi del percorso diagnostico terapeutico dei servizi sanitari di genere, tra i vari attori coinvolti e tra le strutture ospedaliere ed il territorio.

L'obiettivo finale è di proporre un "cruscotto" di indicatori che permetta di misurare l'orientamento dei presidi ospedalieri al genere e l'aumento dell'efficacia dei servizi sanitari.

Dopo aver stabilito gli aspetti che si intende rilevare e misurare, si è svolto uno studio dell'ambito in cui attivare un'indagine sul campo, individuando le tipologie di Enti ed i servizi sanitari di genere da considerare.

In particolare sono stati selezionati gli ospedali che già presentavano una maggiore attenzione al genere, scegliendo fra quelli che sono stati premiati dall'Osservatorio

Nazionale sulla salute della Donna²⁹ nell'ambito del progetto "Ospedaledonna" (vedi allegato 1).

Si ricorda che il progetto "Ospedaledonna" è volto a identificare delle realtà clinico e/o scientifiche fortemente all'avanguardia nel panorama sanitario italiano al fine di facilitare la scelta del luogo di cura da parte delle donne. Alle strutture ospedaliere che possiedono i requisiti identificati dall'Osservatorio sono assegnati dei bollini rosa che attestano il loro impegno nei confronti delle malattie femminili.

La ricerca non si è svolta in tutte le strutture ospedaliere che hanno partecipato a livello nazionale si sono scelti gli ospedali vincitori del "bollino rosa" nella Regione Lombardia.

Tale scelta è stata determinata da due fattori:

1. La posizione di eccellenza che ricopre la Regione Lombardia all'interno del Sistema Sanitario italiano.
2. Considerare gli ospedali della Regione Lombardia come "benchmark" per le altre strutture ospedaliere.

Per quanto attiene ai servizi sanitari di genere oggetto dell'indagine, si sono esaminati i servizi sanitari di prevenzione/promozione più diffusi all'interno delle strutture ospedaliere:

- prevenzione al tumore alla mammella
- ambulatori dedicati alla contraccezione
- prevenzione dei danni cardiovascolari
- prevenzione e cure delle malattie sessualmente trasmesse
- promozione allattamento al seno
- promozione stili di vita adeguati

²⁹ www.ondaosservatorio.it

- prevenzione HPV
- prevenzione mutilazione genitali femminili
- prevenzione osteoporosi
- ambulatorio menopausa
- ambulatorio prevenzione depressione post partum

Ed i reparti ospedalieri più significativi:

- reparto di ostetricia e ginecologia
- reparto (o struttura semplice) di senologia

4.2 Raccolta dei dati

La metodologia di raccolta dati si fonda su due strumenti d'inchiesta: il *questionario semi strutturato* (composto da domande chiuse e da domande aperte) e l'*intervista*.

I due strumenti sono risultati complementari in quanto hanno reso possibile la raccolta di maggiori informazioni in un tempo abbastanza limitato (circa cinque mesi).

La richiesta di collaborazione alla ricerca è avvenuta tramite una lettera di presentazione in cui si esplicitava lo scopo della ricerca e le modalità di lavoro indirizzata ai Direttori Sanitari dei Presidi Ospedalieri prescelti.

Le interviste sono state utilizzate con una duplice finalità, raccogliere direttamente le informazioni contenute nel questionario o effettuare domande inerenti la ricerca al personale ospedaliero.

L'intervista è uno strumento importante in quanto serve per limitare alcuni svantaggi tipici dei questionari, come la mancanza di flessibilità, la bassa percentuale di risposte e le domande lasciate prive di risposte.³⁰

Sono stati realizzati due tipologie di questionari (vedi allegato 2) uno per le pazienti ed uno per il personale ospedaliero.

I questionari sono stati distribuiti personalmente, all'interno delle strutture ospedaliere prese in esame, alle pazienti presenti negli ambulatori e nei reparti di genere esistenti nei singoli presidi.

La stessa metodologia è stata utilizzata per la distribuzione dei questionari al personale ospedaliero somministrandoli a coloro che lavorano per tali servizi.

I questionari per le pazienti erano strutturati come segue:

- una prima parte contenente domande anagrafiche;
- una seconda parte con domande chiuse nelle quale veniva richiesto di quali servizi di genere usufruivano, con quale modalità erano venute a conoscenza dei servizi sanitari offerti, le possibili barriere all'accessibilità riscontrate, ed i cambiamenti a seguito dell'utilizzo dei servizi sanitari di genere;
- una terza parte con domande aperte nella quale le pazienti potevano più liberamente descrivere le loro esperienze;
- un'ultima parte con domande chiuse riservate alle pazienti di cittadinanza diversa da quella italiana.

Mentre i questionari per il personale ospedaliero sono stati così predisposti:

- una prima parte con domande chiuse richiedente dati generali (dati anagrafici, ruolo, ecc.);
- una seconda parte con domande aperte inerenti la gestione, la programmazione e l'organizzazione dei servizi sanitari di genere (è stata

³⁰ Per ulteriori informazioni in merito alle modalità di ricerca si rimanda a Bailey, K Metodi per la ricerca sociale (2006)

scelta la modalità della risposta aperta per rendere l'analisi meno "meccanica" e più aderente alla reale esperienza del personale, nonostante la maggior difficoltà necessaria per l'elaborazione);

- Una terza parte con domande chiuse connessa all'erogazione dei servizi sanitari di genere alle pazienti con cittadinanza diversa da quella italiana.

4.3 Scelta degli Enti coinvolti e tasso di risposta

Gli Ospedali premiati con il "bollino rosa" in Lombardia dall'Osservatorio Nazionale sulla salute delle Donne sono stati 32.

Delle 32 Strutture Ospedaliere contattate 18 hanno risposto positivamente alla richiesta di collaborazione alla ricerca, 6 hanno risposto negativamente e le restanti 7 non hanno mai risposto.

Tabella 4.1 Tasso di risposta degli Enti coinvolti

Enti totali	Enti rispondenti positivamente	Enti contattati	% di risposta
32	18	32	56,25%

Gli Enti sono stati suddivisi in base all'area geografica a cui appartengono, in modo da tracciare un quadro il più preciso possibile ad un territorio ampio e variegato come quello lombardo.

Sono stati creati tre cluster geografici, Il Cluster di Milano che comprende le strutture ospedaliere della città di Milano, il Cluster dell'Hinterland ed il Cluster della Provincia, il

quale racchiude le altre province lombarde coinvolte (Lecco, Como, Varese, Pavia, Lodi, Bergamo, Brescia, Cremona e Sondrio).

Tabella 4.2 Tasso di risposta degli enti contattati suddivisi per cluster geografico

Cluster geografico	Enti rispondenti Positivamente	Enti contattati	% di risposta
Milano	5	10	50%
Hinterland	2	4	50%
Provincia	11	18	61%

Durante lo sviluppo della ricerca, delle 18 Strutture Ospedaliere che avevano dato la loro adesione all'inizio dell'analisi, 14 si sono rese effettivamente collaboranti.

Gli Enti contattati per l'analisi si sono rivelati, nella maggior parte dei casi, molto disponibili e interessati in prima persona allo studio svolto data la novità della tematica.

Ad ogni struttura coinvolta è stato dedicato il tempo congruo³¹ tenendo conto del giorno di apertura degli ambulatori, durante il quale sono stati somministrati i questionari alle pazienti ed al personale ospedaliero presente.

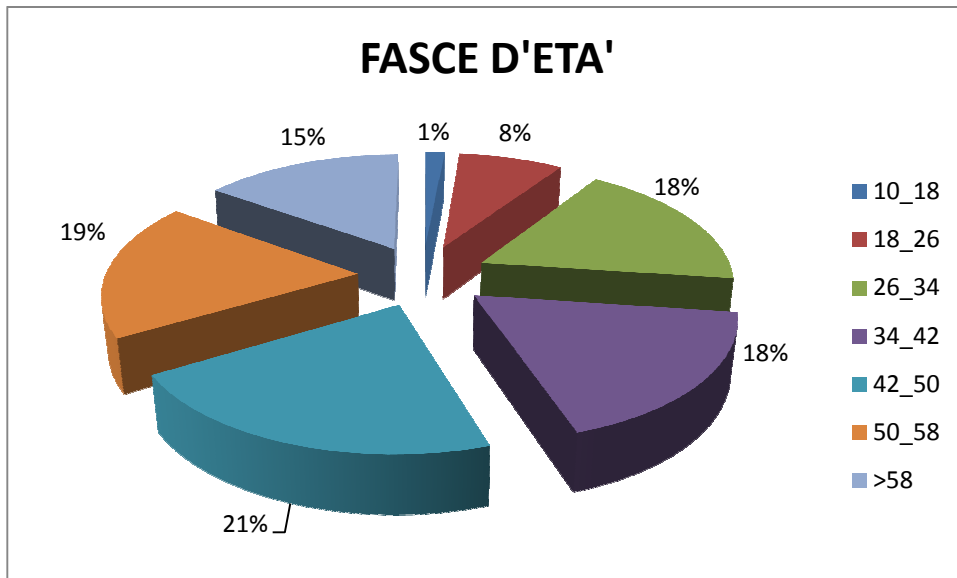
Al fine di ottenere risposte il più possibile aderenti al vero, si è deciso di preservare la totale anonimità delle pazienti e degli operatori ospedalieri che hanno preso parte all'analisi.

In totale sono stati raccolti 280 questionari compilati dalle pazienti delle strutture ospedaliere coinvolte e 160 dal personale ospedaliero.

³¹ Il tempo dedicato a ciascun presidio ospedaliero è variato a seconda del tempo impiegato alla raccolta di un numero sufficiente di questionari (per ogni intervista al personale ospedaliero sono stati dedicati in media quaranta minuti, mentre per la compilazione del questionario dedicato alle pazienti erano necessari circa dieci minuti).

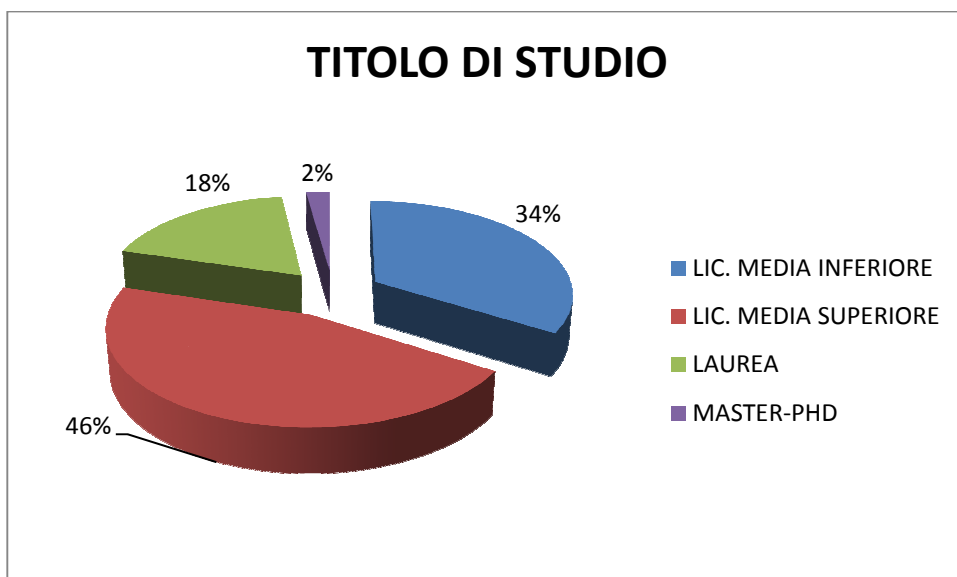
La popolazione delle donne intervistate risulta distribuita in maniera uniforme nelle fasce d'età superiori ai 26 anni.

Figura 4.3 Distribuzione delle pazienti intervistate secondo l'appartenenza ad una fascia d'età



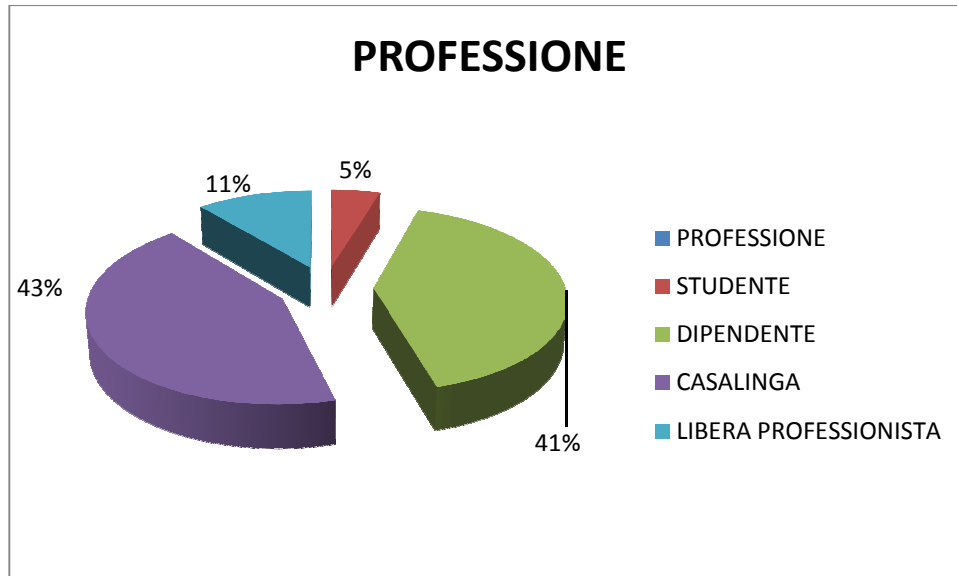
La maggior parte delle donne intervistate (il 46%) ha la licenza media superiore.

Figura 4.4 Distribuzione delle pazienti intervistate secondo titolo di studio conseguito



Le donne coinvolte nella ricerca risultano essere per la maggior parte casalinghe (43%) e lavoratrici dipendenti (41%).

Figura 4.5 Distribuzione delle pazienti intervistate a seconda della professione svolta



Non è stato possibile ricorrere ad un campione probabilistico, per ragioni economiche e per la scarsità del tempo a disposizione per la rilevazione dei dati necessari all'analisi.

Si è quindi ricorso ad campionamento non probabilistico; utilizzando il campionamento per quota.

Dal punto di vista dell'approccio metodologico, il campionamento per quota è strutturalmente identico al campionamento stratificato: la popolazione viene suddivisa in base alle caratteristiche più importanti, al fine di migliorare la rappresentatività dei risultati rilevati. (Pagnoncelli 2007)

La vera sostanziale differenza riguarda i criteri di estrazione degli intervistati; mentre nel campione stratificato essa avviene seguendo un piano rigidamente probabilistico, nel campione per quote la scelta di chi intervistare è viceversa assolutamente "arbitraria", all'interno di ogni singola "cella" (o quota).

Ogni intervistato doveva possedere le caratteristiche specifiche della quota, ovvero essere donna ed aver utilizzato un servizio di genere presso la struttura, per quanto riguarda le pazienti, mentre lavorare per un servizio sanitario di genere per quanto riguarda il personale ospedaliero.

In realtà non è per nulla certo che i risultati desunti da un campionamento per quote siano realmente dissimili da quelli generati da un campionamento stratificato. E' solamente possibile che lo siano. Ma non lo sapremo mai, a meno di verificarlo procedendo parallelamente con un approccio probabilistico. (Pagnoncelli, 2007)

In tal senso, questa ricerca si pone in un'ottica esplorativa della materia, rappresentando un primo step per future e più approfondite analisi.

5. L'ACCESSO AI SERVIZI SANITARI DI GENERE

Uno degli aspetti determinanti di un sistema sanitario è l'accessibilità ai servizi.

L'accessibilità può essere definita come un attributo del sistema sanitario che va al di là della mera presenza e "disponibilità di risorse" in un dato momento e in un dato luogo, ed include anche le caratteristiche delle risorse che ne facilitano ed ostacolano l'utilizzo da parte dei potenziali fruitori. (Bruni, 2007)

Non è sufficiente, allora, garantire un'equa distribuzione delle risorse assistenziali nello spazio e nel tempo. Occorre agire su tutto ciò che può costruire una barriera di natura psicologica, culturale e sociale.

In particolare la direttiva numero 13 del 2004 dell'Unione Europea stabilisce che *“ E' proibita ogni discriminazione fondata sul sesso nell'accesso e nella fornitura di beni e servizi al fine di rendere effettivo il principio di parità di trattamento tra donne e uomini negli Stati membri”*.

Il Sistema Sanitario italiano, come ricordato nel capitolo 3, è strutturato sul principio dell'universalismo che poggia sulle dimensioni del libero accesso, dell'assenza di restrizioni, della comprensività delle prestazioni. (Maino, 2002)

Il principio di universalità presuppone un'uguaglianza di trattamento, ma trattare ugualmente persone che non sono uguali può tradursi in disuguaglianza.

Una forte disuguaglianza rispetto alle possibilità di accesso ai servizi sanitari si è riscontrata nelle donne rispetto agli uomini a causa di una serie di ostacoli individuali, familiari e comunitari. (Vlassoff, 1994)

In primo luogo, le donne stesse, devono essere a conoscenza dell'esistenza di un problema di salute; esse tendono a guardare i problemi di salute come normali o naturali aspetti della biologia delle donne o alle pesanti attività quotidiane.

Ad esempio, alcuni tipi di patologia come il dolore cronico, la depressione, le infezioni del tratto riproduttivo, sono così ampiamente diffusi che, sia le donne che i prestatori di cura, li trattano come "naturali".

In secondo luogo, anche nel caso in cui le donne siano consapevoli dei propri problemi di salute, tendono a rimandarne la presa in carico per lo scarso tempo a disposizione, per l'impatto che una malattia potrebbe avere sulla gestione familiare e, in alcune culture ormai fortemente presenti nella nostra realtà, per le possibili reazioni avverse della famiglia e delle comunità di appartenenza: in alcune culture il riconoscimento dei problemi di salute ha pesanti ripercussioni sulla possibilità di costruire una famiglia.³²

Spesso, ancora, anche quando le donne e le loro famiglie riconoscono la necessità di un trattamento, le barriere sociali e finanziarie impediscono l'accesso ai servizi sanitari. (Prete, 2007)

Anche in presenza di disponibilità di servizi sanitari, molte donne non sono in grado di accedere agli stessi a causa o di una discriminazione all'interno del nucleo familiare o per la concessione preferenziale di assegnazione delle risorse alle esigenze di salute di altri membri della famiglia. (Facchini, 2002)

Non tenendo conto di questi elementi si può instaurare, anche nei paesi con i servizi sanitari più avanzati, un'indifferenza verso il fattore "genere" attraverso un'inconsapevole progettazione delle linee di bilancio, dei sistemi di vigilanza, dei modelli di formazione del personale che non tengono conto delle necessità peculiari del genere femminile (George, 2005): poiché l'utilizzo equo delle cure sanitarie è fortemente influenzato dalla disparità di genere nella società.

³² Dati osservatorio immigrazione

Bisogna anche ricordare che il tempo e la continuità sono fondamentali nella gestione della cura e, soprattutto, nella prevenzione. In questo contesto le donne, più di chiunque altro, sanno che prevenire è meno faticoso e meno dispendioso che curare.

Bisognerebbe fornire un'assistenza sanitaria globale ed essenziale, universalmente accessibile a tutti nella comunità e con la partecipazione delle donne, così come previsto nell'ambito dei principi internazionali.³³

Per analizzare gli aspetti sopra esposti sono stati creati un set di indicatori che permettono di valutare l'accessibilità e la conoscenza dei servizi di prevenzione/promozione di genere da parte delle pazienti all'interno delle strutture ospedaliere prese in analisi.

5.1 *Gli aspetti strutturali ed i servizi accessori*

Un primo aspetto da prendere in considerazione è l'esistenza, all'interno degli ospedali, di reparti dedicati alle patologie femminili. Nonostante possa sembrare una considerazione banale rappresenta l'aspetto fondamentale per garantire l'esistenza dei servizi sanitari di genere:

- Reparti dedicati alle patologie femminili

In tutte le strutture analizzate sono presenti i reparti di ostetricia e ginecologia.³⁴

L'esistenza dei reparti rappresenta una condizione *sine qua non* possono essere erogati i servizi sanitari di genere.

³³ Principi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità si rimanda per maggiori approfondimenti al testo *Gender analysis in health*, WHO, Geneva, 2002.

³⁴ Fonte: Regione Lombardia

Le pazienti sono prima di tutto una persona non riducibili alla loro malattia presente; come promulgato dalla Rete HPH (Ospedali promotori di salute) promossa dall'OMS³⁵, l'ospedale può diventare una comunità che impara a “prendersi cura” di tutti i suoi attori nel senso più vasto e completo del termine.

Si tratta quindi di rifondare una cultura orientata all'“umanizzazione” delle cure e ad un rinnovato umanesimo, dove per umanizzazione si intende *«la capacità di rendere i luoghi di cura e le stesse pratiche medico assistenziali “aperti, sicuri e senza dolore”, conciliando politiche di accoglienza, informazione e comfort con percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati con il cittadino»*.³⁶

È in questa nuova prospettiva che vanno a collocarsi le norme di buona accoglienza che riguardano appunto la disponibilità a ben relazionarsi rivolta non solo a persone ricettive, ma a tutte le persone con cui si viene a contatto nella pratica quotidiana; norme di buona accoglienza che riguardano anche la struttura in grado di fornire spazi architettonicamente accreditati per soddisfare non “clienti diversi” ma “clienti con esigenze diverse”.

Anche la struttura ospedaliera deve garantire accorgimenti logistici accurati quali ad esempio:

- percorsi liberi da ostacoli,
- buona illuminazione,
- possibilità di sedersi lungo il percorso,
- informazioni per l'orientamento facilmente individuabili,
- servizi igienici ben evidenziati,
- cartellonistica che tenga conto di possibili disabilità motorie e sensoriali.

Le caratteristiche strutturali a misura di donna peculiari di ciascun presidio ospedaliero preso in esame variano da struttura a struttura non è quindi possibile fare un'analisi comparativa di tali servizi, ma si possono valutare nella loro totalità creando un indicatore ad hoc:

³⁵ La Regione Lombardia ha ratificato l'accordo internazionale “*reti nazionali e regionali degli ospedali per la promozione della salute*” promosso dall'organizzazione mondiale della sanità attraverso la delibera n. 215 del 28 giugno 2000.

³⁶ Linee guida del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.

➤ Σ dei servizi accessori dedicati alle donne attivi presso l'ospedale

OSPEDALI	SERVIZI ACCESSORI DEDICATI ALLE DONNE	Σ
ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI	-Ambienti dedicati alle donne e ai bambini -Servizio lavanderia fornito dai volontari della Lega -Asciugacapelli in ciascun bagno	3
MACEDONIO MELLONI	-Banca del latte materno -Cura nelle caratteristiche architettoniche durante l'allattamento con locale dedicato lactarium, rooming in -Locali relax per le mamme che assistono i figli ricoverati -Presso la Terapia Intensiva è operativo un sistema web-cam che consente ai genitori di collegarsi da casa mediante password	4
ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA	-Strutture architettoniche eccellenti dove le donne ricoverate possono ricevere la visita dei figli anche in età inferiore ai 12 anni	1
MANGIAGALLI	-Bagni funzionali dedicati per le donne -Aree accoglienza per neomamme, papà e bambino	2
A.O. OSPEDALE BOLOGNINI	-Sala parto in acqua -Servizi igienici attrezzati	2
OSPEDALE DI CIRCOLO	-Spazio mamma	1
PRESIDIO DI SONDRIO	-Spazi allattamento -Spazio mamma	2
OSPEDALE DI VIGEVANO	-Rooming in	1
A. O. MAGGIORE DI CREMA	-Rooming in	1
P. O. DI BUSTO ARSIZIO	-Rooming-in -Ambulatorio per donne mastectomizzate	2
P.O. DI SARONNO	-Rooming-in -Ambulatorio per donne mastectomizzate	2
A.O. OSPEDALI RIUNITI DI BERGAMO	-Rooming in 24 ore su 24 -Ristrutturazione sale parto -Colori per favorire l'avvicinamento all'ambiente familiare	3
A.O. POLO UNIVERSITARIO LUIGI SACCO	-Educazione alimentare post- partum (allattamento e rimessa in forma) -Rooming in	2

Dai risultati ottenuti si può desumere che il Presidio Ospedaliero Macedonio Melloni sia la struttura che pone una maggiore attenzione ai servizi strutturali dedicati alle donne (4), probabilmente tale evidenza è determinata dall'impegno verso le donne profuso dall'Ospedale negli ultimi anni.

Si può notare anche una particolare attenzione nella cura dei servizi accessori da parte dell'Istituto Nazionale dei Tumori (3) e dall'A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo (3).

Nonostante i servizi accessori sembrino marginali, in realtà possono rappresentare un'entrata economica per le strutture ospedaliere. Si pensi ad esempio a quei servizi che possono essere dati in gestione a terzi (bar, edicola, ecc.) con un valore aggiunto per le pazienti.

Per quanto riguarda invece le caratteristiche architettoniche è comprovato da numerose ricerche scientifiche che una miglior accoglienza apporti benefici psicologici sulla paziente migliorando il processo di guarigione³⁷.

Considerazione ulteriore può essere fatta sulla gravità dello stato di salute delle pazienti, fattore determinante per la rilevanza dei servizi accessori, in quanto minore è la gravità della patologia da cui sono affette, maggiore è l'attenzione che le donne dedicano a tali servizi, essendo meno preoccupate per il loro stato di salute.

³⁷ Per ulteriori approfondimenti si rimanda a Patch Adams, *Salute!* (2004)

5.2 *Indicatori di conoscenza dei servizi sanitari di genere*

Un aspetto peculiare che caratterizza l'accessibilità ai servizi sanitari di genere è la conoscenza dei servizi sanitari offerti da parte delle donne.

Risulta pertanto necessario che il sistema, e la rete dei servizi siano conosciuti in maniera approfondita (a chi spesso ne fa un uso quotidiano per sé, per la prevenzione e la cura dei bambini, per la gestione delle cronicità degli anziani, ecc.). Le donne in questo senso possono essere immaginate come una sorta di elemento “conduttore” della rete dei servizi e moltiplicatore degli effetti pensati per ogni specifico servizio.

La domanda e l'offerta in termini di servizi e interventi a sostegno della salute in un'ottica integrata e di genere, richiedono che si costruisca un sapere minimo condiviso tra medici, operatori della salute e donne.

Un fattore da prendere in considerazione risulta quindi essere la conoscenza dei servizi sanitari di prevenzione/promozione di genere da parte delle donne.

A tale proposito sono proposti degli indicatori che permettono di valutare la conoscenza media dei servizi sanitari di genere offerti negli ospedali.

- % media di conoscenza dei servizi offerti negli ospedali valutati da parte delle pazienti

$$\frac{\text{Numero dei servizi conosciuti dalle pazienti}}{\text{Totale pazienti} \times \text{numero servizi sanitari di genere offerti} \times \text{ospedali valutati}} \times 100$$

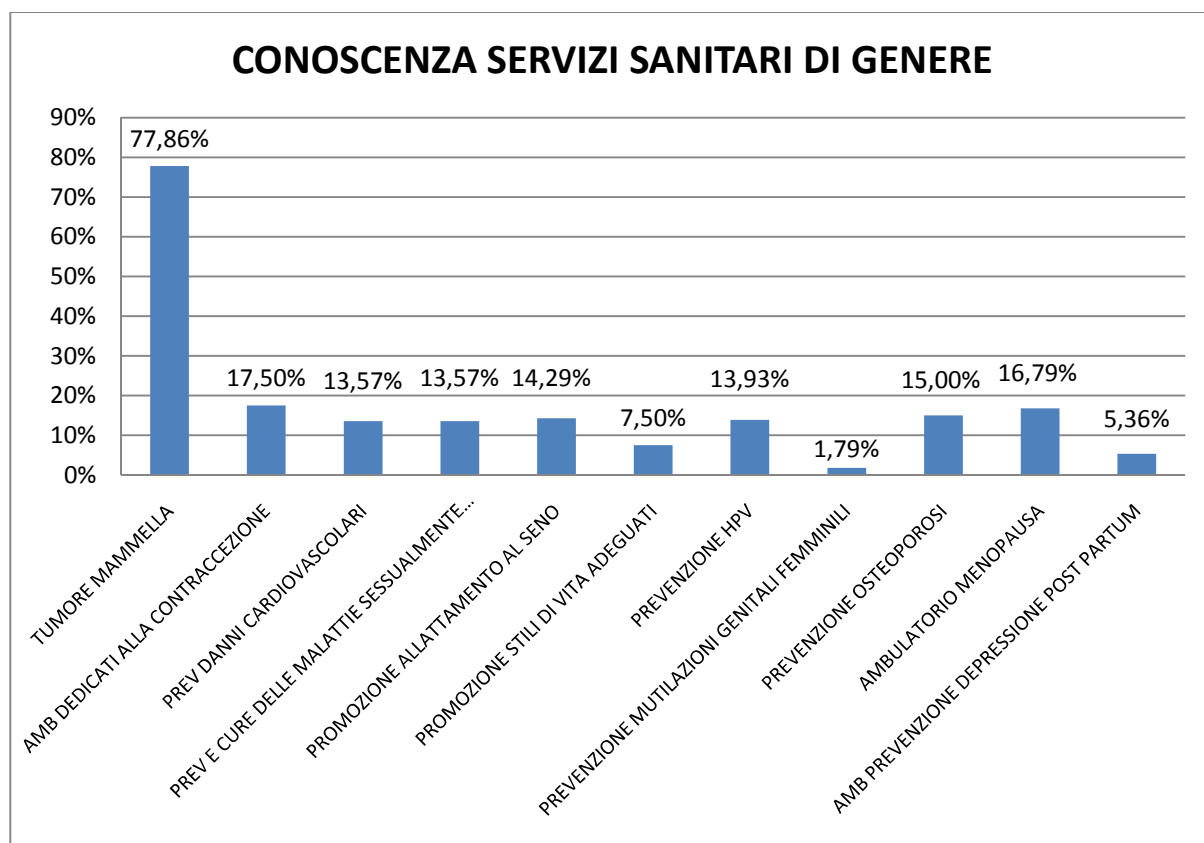
Dalla ricerca svolta all'interno delle strutture sanitarie prese in esame la percentuale media di conoscenza dei servizi da parte delle pazienti è del 17,92%. Come si può osservare le donne hanno un livello medio molto basso di conoscenza dei servizi sanitari offerti, questo fattore incide in maniera negativa sul livello di accessibilità in quanto limita l'utilizzo degli stessi.

Per comprendere maggiormente le barriere che ostacolano l'utilizzo dei servizi sanitari di genere risulta necessario disaggregare il dato per servizio sanitario offerto.

➤ % media di conoscenza del servizio sanitario (X)

$$\frac{\text{Numero di donne che conoscono il servizio sanitario (X)}}{\text{Numero totale di donne}} \times 100$$

Figura 5.1 Conoscenza servizi sanitari di genere offerti



I dati mostrano una netta differenza tra la conoscenza da parte delle donne del servizio di prevenzione del tumore al seno ed i restanti servizi sanitari di genere erogati.

Il servizio di prevenzione del tumore alla mammella è conosciuto dal 78% circa delle donne intervistate mentre la percentuale di conoscenza dei restanti servizi oscilla tra il 2 ed il 17 per cento.

Il motivo di questa forte differenza è da attribuire alle scelte di policy sanitaria: i programmi di screening del tumore al seno sono diventati un obiettivo core nelle politiche sulla salute; infatti sono state utilizzate molte risorse economiche per attuare campagne di comunicazione al fine di implementare la conoscenza e l'utilizzo di tale servizio.

Come verrà esplicitato nel capitolo successivo la comunicazione ricopre un ruolo fondamentale per ottenere l'abbassamento delle barriere che impediscono una corretta accessibilità ai servizi sanitari di genere.

Si può affermare che in Lombardia (poiché in altre regioni sussistono ancora delle disuguaglianze anche per quanto riguarda i programmi di screening) il servizio di prevenzione del tumore al seno sia un servizio accessibile all'utenza femminile; accessibilità determinata dalle molteplici campagne informative attuate sia dalle Istituzioni che dalle associazioni di settore, che hanno portato ad una maggiore comprensione della patologia e dell'importanza del ruolo della prevenzione alle donne. Gli altri servizi di prevenzione di genere non sono ancora conosciuti dalla popolazione femminile, barriera all'ingresso che determina uno scarso grado di accessibilità.

L'analisi può essere approfondita maggiormente esaminando la conoscenza media dei servizi sanitari di prevenzione di genere all'interno delle strutture ospedaliere prese in esame.

➤ % media di conoscenza dei servizi offerti nell'ospedale (Y)

$$\frac{\text{Numero servizi conosciuti dalle pazienti nell'ospedale (Y)}}{\text{Tot pazienti dell'ospedale (Y) } \times \text{ servizi offerti}} \times 100$$

Tabella 5.2 Conoscenza media dei servizi sanitari di genere all'interno delle strutture ospedaliere

STRUTTURA OSPEDALIERA	CONOSCENZA MEDIA DEI SERVIZI SANITARI OFFERTI
ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA	20%
ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI	15%
P.O. MACEDONIO MELLONI	23%
MANGIAGALLI	26%
P.O. DI BUSTO ARSIZIO	15%
P.O. DI CERNUSCO SUL NAVIGLIO	10%
OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA	16%
OSPEDALE DI CIRCOLO-MELEGNANO	18%
P.O. di SARONNO	19%
OSPEDALE BOLOGNINI-SERiate	13%
OSPEDALE DI SONDRIO	15%
OSPEDALE DI VIGEVANO	24%
OSPEDALE RIUNITI DI BERGAMO	20%
A.O. LUIGI SACCO	20%

Le percentuali medie di conoscenza dei servizi erogati oscillano tra il 13 ed il 26% non rappresentano in tal senso un tratto conoscitivo particolare.

Più interessante risultano i dati relativi ai singoli servizi all'interno di ciascuna struttura ospedaliera:

- Conoscenza del servizio (X) nell'ospedale (Y)

$$\frac{\text{Numero di donne che conoscono il servizio (X) nell'ospedale (Y)}}{\text{Numero totale delle pazienti dell'ospedale (Y)}} \times 100$$

SERVIZIO DI PREVENZIONE TUMORE AL SENO

➤ Conoscenza del servizio di prevenzione al seno

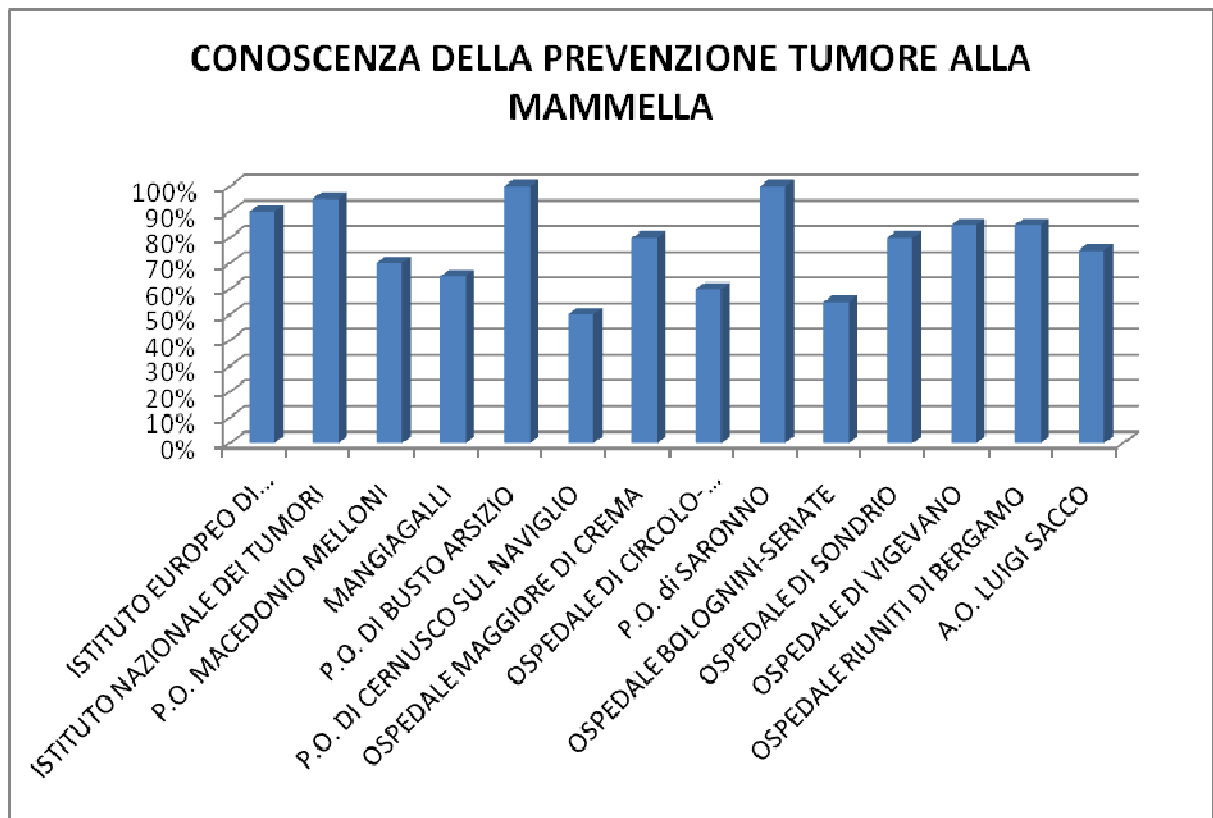
$$\frac{\text{Numero di donne che conoscono il servizio di prevenzione tumore al seno nell'ospedale (Y)}}{\text{Numero totale delle pazienti dell'ospedale(Y)}} \times 100$$

Tabella 5.3 Conoscenza del servizio di prevenzione del tumore alla mammella nelle strutture ospedaliere

STRUTTURE OSPEDALIERE	PREVENZIONE TUMORE ALLA MAMMELLA
ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA	90%
ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI	95%
P.O. MACEDONIO MELLONI	70%
MANGIAGALLI	65%
P.O. DI BUSTO ARSIZIO	100%
P.O. DI CERNUSCO SUL NAVIGLIO	50%
OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA	80%
OSPEDALE DI CIRCOLO-MELEGNANO	60%
P.O. di SARONNO	100%
OSPEDALE BOLOGNINI-SERiate	55%
OSPEDALE DI SONDRIO	80%
OSPEDALE DI VIGEVANO	85%
OSPEDALE RIUNITI DI BERGAMO	85%
A.O. LUIGI SACCO	75%

I dati riconfermano quanto sopra esposto ovvero la diffusa conoscenza del servizio di prevenzione del tumore al seno, ormai metabolizzato come servizio “necessario” dall’utenza femminile, in quanto in tutti i Presidi Ospedalieri presi in esame più della metà delle intervistate lo conosce.

Figura 5.4 Conoscenza del servizio di prevenzione del tumore alla mammella nelle strutture ospedaliere (grafico)



AMBULATORI DEDICATI ALLA CONTRACCEZIONE

- Conoscenza degli ambulatori dedicati alla contraccezione nell'ospedale (Y)

$$\frac{\text{Numero di donne che conoscono gli ambulatori dedicati alla contraccezione nell'ospedale (Y)}}{\text{Numero totale delle pazienti dell'ospedale (Y)}} \times 100$$

Tabella 5.5 Conoscenza degli ambulatori dedicati alla contraccezione all'interno delle strutture ospedaliere

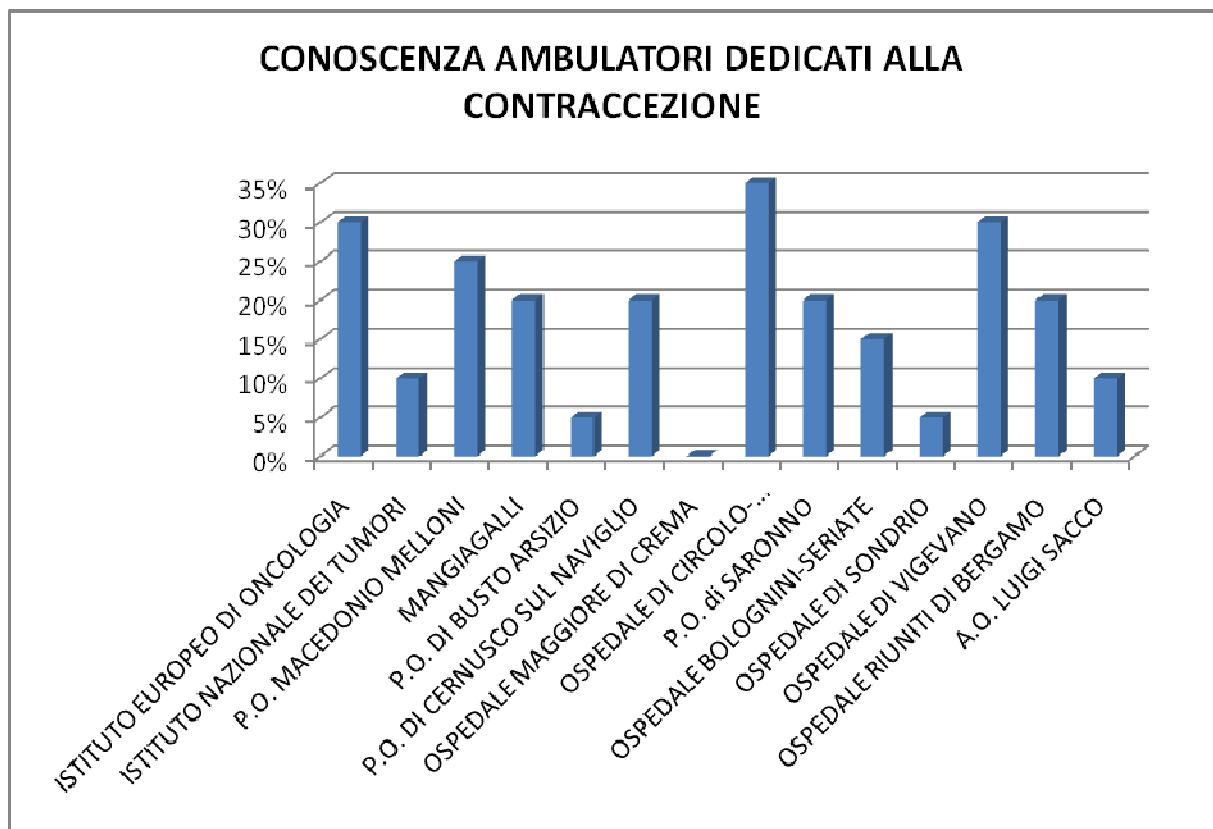
STRUTTURE OSPEDALIERE	AMBULATORI DEDICATI ALLA CONTRACCEZIONE
ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA	30%
ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI	10%
P.O. MACEDONIO MELLONI	25%
MANGIAGALLI	20%
P.O. DI BUSTO ARSIZIO	5%
P.O. DI CERNUSCO SUL NAVIGLIO	20%
OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA	0%
OSPEDALE DI CIRCOLO-MELEGNANO	35%
P.O. di SARONNO	20%
OSPEDALE BOLOGNINI-SERiate	15%
OSPEDALE DI SONDRIO	5%
OSPEDALE DI VIGEVANO	30%
OSPEDALE RIUNITI DI BERGAMO	20%
A.O. LUIGI SACCO	10%

La conoscenza degli ambulatori dedicati alla contraccezione (ginecologici) non è molto diffusa, anche se in alcuni ospedali raggiunge il 35%. Una delle motivazioni possibili potrebbe essere la scarsa pubblicizzazione di tali servizi ed il ricorso in molti casi da parte delle pazienti agli ambulatori privati, dove si crea un rapporto fiduciario tra medico-paziente, condizione fondamentale di erogazione essendo un servizio legato

alla sfera privata del singolo. Tale relazione è più difficile che si venga a creare all'interno degli ambulatori ospedalieri in quanto il medico cambia di volta in volta a seconda del turnover, creando una barriera psicologica che diminuisce l'accessibilità, impedendo di fatto lo sviluppo di una relazione interpersonale e fiduciaria con le diverse pazienti.

Secondo le dichiarazioni del personale intervistato si potrebbe migliorare il servizio riorganizzandolo in modo da dar continuità alle prestazioni cercando di dedicare, quando possibile, il medesimo medico ad ogni paziente seguita.

Figura 5.6 Conoscenza degli ambulatori dedicati alla contraccezione all'interno delle strutture ospedaliere (grafico)



SERVIZIO DI PREVENZIONE DEI DANNI CARDIOVASCOLARI

- Conoscenza del servizio di prevenzione danni cardiovascolari nell'ospedale (Y)

$$\frac{\text{Numero di donne che conoscono il servizio di prevenzione danni cardiovascolari nell'ospedale (Y)}}{\text{Numero totale delle pazienti dell'ospedale (Y)}} \times 100$$

Tabella 5.7 Conoscenza del servizio di prevenzione danni cardiovascolari nelle strutture ospedaliere

STRUTTURE OSPEDALIERE	PREVENZIONE DANNI CARDIOVASCOLARI
ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA	20%
ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI	15%
P.O. MACEDONIO MELLONI	10%
MANGIAGALLI	10%
P.O. DI BUSTO ARSIZIO	0%
P.O. DI CERNUSCO SUL NAVIGLIO	5%
OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA	25%
OSPEDALE DI CIRCOLO-MELEGNANO	10%
P.O. di SARONNO	10%
OSPEDALE BOLOGNINI-SERiate	10%
OSPEDALE DI SONDRIO	5%
OSPEDALE DI VIGEVANO	30%
OSPEDALE RIUNITI DI BERGAMO	15%
A.O. LUIGI SACCO	25%

Il servizio di prevenzione dei danni cardiovascolari è poco conosciuto dalle donne nei diversi ospedali, nonostante le malattie cardiovascolari siano la prima causa di decesso nelle donne. Per gli uomini è differente rispetto alle donne poiché eseguano molto più frequentemente visite ed esami cardiologici³⁸.

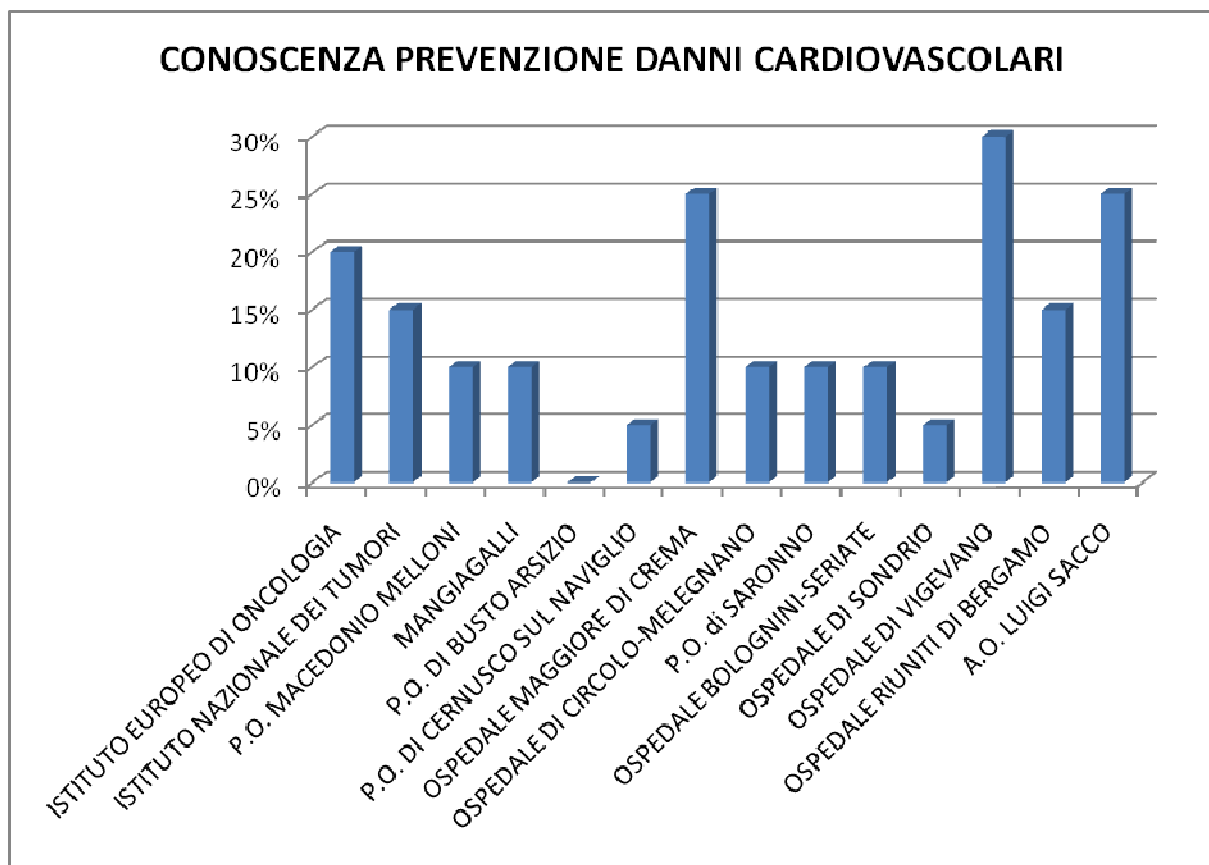
³⁸ Dati ISTAT 2007

Tale motivazione deriva da un'errata sottovalutazione del problema sia da parte dello stesso mondo scientifico sia dalle Istituzioni.

Solo negli ultimi anni sono state svolte ricerche dedicate a tale malattia nella donna.

Risulta quindi necessario prendere atto di tale realtà e ripensare ai servizi dedicati a tale patologia in modo da riuscire a coinvolgere maggiormente le donne al fine di migliorarne lo stato di salute.

Figura 5.8 Conoscenza del servizio di prevenzione danni cardiovascolari nelle strutture ospedaliere (grafico)



SERVIZIO DI PREVENZIONE E CURE DELLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE

- Conoscenza del servizio prevenzione e cure delle malattie sessualmente trasmesse nell'ospedale (Y)

$$\frac{\text{Numero di donne che conoscono il servizio di prevenzione e cure delle malattie sessualmente trasmesse nell'ospedale (Y)}}{\text{Numero totale delle pazienti dell'ospedale (Y)}} \times 100$$

Tabella 5.9 Conoscenza del servizio di prevenzione e cure delle malattie sessualmente trasmesse nelle strutture ospedaliere

STRUTTURE OSPEDALIERE	PREVENZIONE E CURE DELLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE
ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA	25%
ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI	10%
P.O. MACEDONIO MELLONI	15%
MANGIAGALLI	25%
P.O. DI BUSTO ARSIZIO	5%
P.O. DI CERNUSCO SUL NAVIGLIO	5%
OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA	5%
OSPEDALE DI CIRCOLO-MELEGNANO	25%
P.O. di SARONNO	30%
OSPEDALE BOLOGNINI-SERiate	5%
OSPEDALE DI SONDRIO	10%
OSPEDALE DI VIGEVANO	5%
OSPEDALE RIUNITI DI BERGAMO	20%
A.O. LUIGI SACCO	5%

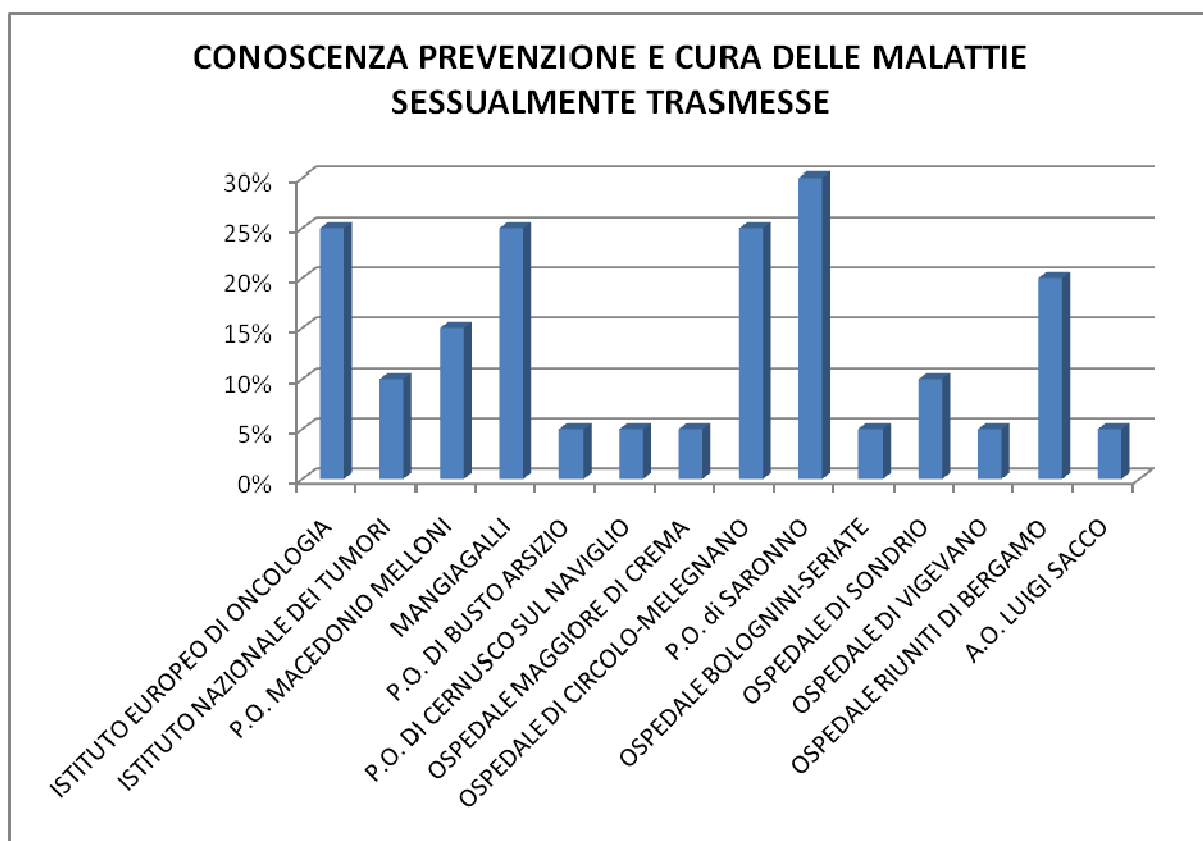
I servizi di prevenzione e cura delle malattie sessualmente trasmesse sono conosciuti dalle pazienti con una percentuale che oscilla tra il 5 ed il 30%.

Si può notare che mediamente i valori sono molto bassi. La motivazione determinante è prevalentemente di tipo socio-culturale; in quanto le malattie sessualmente trasmesse rappresentano ancora un tabù.

Tale dato è confermato dalle dichiarazioni delle utilizzatrici dei servizi le quali dichiarano di aver utilizzato i servizi dopo l'emergere di tali patologie.

Per quanto precede risulta opportuno implementare i programmi di prevenzione e di educazione alla salute in modo da aumentare la sensibilità delle donne su tale tematica.

Figura 5.10 Conoscenza del servizio di prevenzione e cure delle malattie sessualmente trasmesse nelle strutture ospedaliere (grafico)



SERVIZIO DI PROMOZIONE ALLATTAMENTO AL SENO

- Conoscenza del servizio di promozione allattamento al seno nell'ospedale (Y)

$$\frac{\text{Numero di donne che conoscono il servizio di promozione allattamento al seno nell'ospedale (Y)}}{\text{Numero totale delle pazienti dell'ospedale (Y)}} \times 100$$

Tabella 5.11 Conoscenza del servizio di promozione allattamento al seno nelle strutture ospedaliere

STRUTTURE OSPEDALIERE	PROMOZIONE ALLATTAMENTO AL SENO
ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA	15%
ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI	0%
P.O. MACEDONIO MELLONI	25%
MANGIAGALLI	35%
P.O. DI BUSTO ARSIZIO	0%
P.O. DI CERNUSCO SUL NAVIGLIO	10%
OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA	15%
OSPEDALE DI CIRCOLO-MELEGNANO	10%
P.O. di SARONNO	10%
OSPEDALE BOLOGNINI-SERIATE	20%
OSPEDALE DI SONDRIO	0%
OSPEDALE DI VIGEVANO	25%
OSPEDALE RIUNITI DI BERGAMO	15%
A.O. LUIGI SACCO	20%

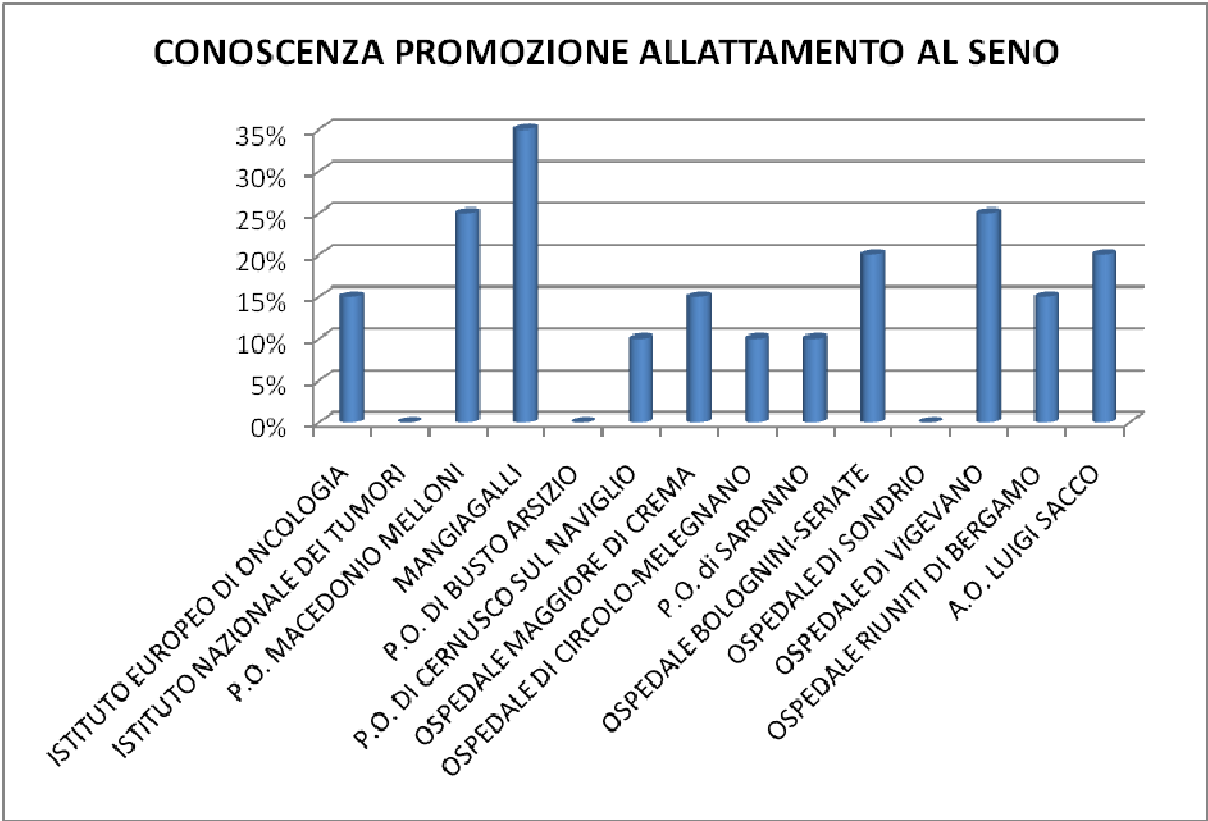
La promozione all'allattamento al seno non è un servizio conosciuto su larga scala poiché si rivolge ad un target specifico, quello delle donne in gravidanza.

Si può notare una più elevata percentuale di tale indicatore in quelle strutture ospedaliere con una forte specializzazione in ostetricia.

Risulta comunque fondamentale, come esplicitato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, promuovere l'allattamento al seno attraverso le linee guida poiché sono comprovati i molteplici benefici adottati da tale pratica.

Gli ospedali con una percentuale più bassa dovranno quindi cercare di sviluppare maggiormente tali raccomandazioni.

Figura 5.12 Conoscenza del servizio di promozione allattamento al seno nelle strutture ospedaliere (grafico)



SERVIZIO DI PROMOZIONE STILI DI VITA ADEGUATI

- Conoscenza del servizio di promozione stili di vita adeguati nell'ospedale (Y)

$$\frac{\text{Numero di donne che conoscono il servizio di promozione stili di vita adeguati nell'ospedale (Y)}}{\text{Numero totale delle pazienti dell'ospedale (Y)}} \times 100$$

Tabella 5.13 Conoscenza del servizio di promozione stili di vita adeguati nelle strutture ospedaliere

STRUTTURE OSPEDALIERE	PROMOZIONE STILI DI VITA ADEGUATI
ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA	5%
ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI	5%
P.O. MACEDONIO MELLONI	15%
MANGIAGALLI	5%
P.O. DI BUSTO ARSIZIO	5%
P.O. DI CERNUSCO SUL NAVIGLIO	0%
OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA	5%
OSPEDALE DI CIRCOLO-MELEGNANO	0%
P.O. di SARONNO	0%
OSPEDALE BOLOGNINI-SERiate	0%
OSPEDALE DI SONDRIO	40%
OSPEDALE DI VIGEVANO	5%
OSPEDALE RIUNITI DI BERGAMO	15%
A.O. LUIGI SACCO	5%

Attraverso il programma “*Promozione stili di vita sani*”³⁹ si intende assicurare un ampio raccordo tra le iniziative in essere e/o in fase di progettazione, che coinvolgono le Istituzioni e complessivamente il “*capitale sociale*” del territorio di riferimento. È indispensabile, quindi, che da un lato le persone comprendano di essere loro stesse

³⁹ L’OMS ha ribadito che l’adozione di stili di vita sani rappresenta una vera e propria risorsa per assicurare longevità e salute intesa nella sua accezione più globale, ovvero benessere fisico, psichico e sociale.

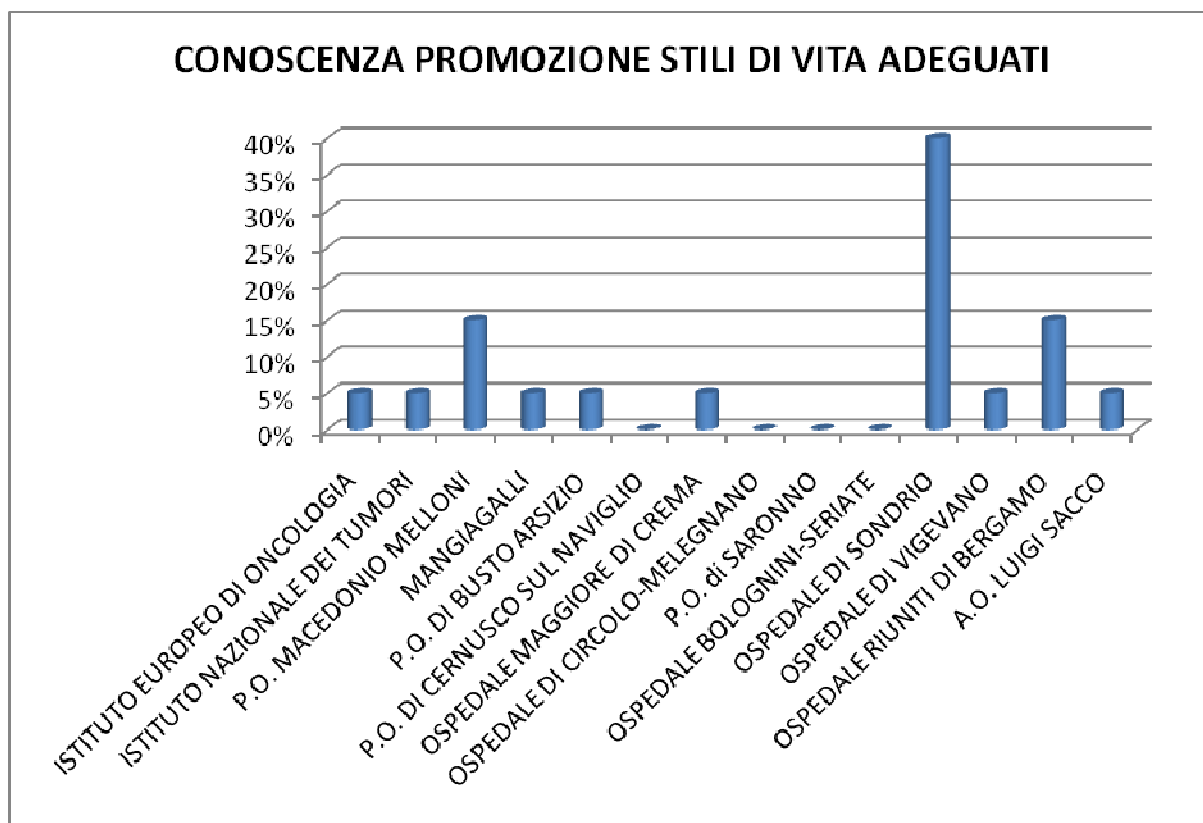
con i propri comportamenti la maggiore risorsa per la propria salute e dall'altro che le Istituzioni riconoscano che la salute e il suo mantenimento sono un importante investimento sociale.

La conoscenza dei programmi di promozione stili di vita sani è fortemente correlata ai programmi specifici realizzati dalla singola struttura ospedaliera, prevalentemente in collaborazione con le associazioni del terzo settore presenti sul territorio. La diversità dei valori dell'indicatore nei diversi presidi è da attribuirsi all'esistenza e allo sviluppo di tali percorsi.

L'Ospedale di Sondrio ha consolidato, insieme alla collaborazione con alcune associazioni del territorio, un programma che promuove stili di vita sani, aumentando in tal modo la conoscenza di tale servizio da parte delle donne.

Le strutture ospedaliere, quali nodo della rete sanitarie, devono promuovere stili di vita sani sia all'interno dei propri presidi tramite azioni rivolte al proprio personale sia sul territorio attraverso corrette partnership con le associazioni locali.

Figura 5.14 Conoscenza del servizio di promozione stili di vita adeguati nelle strutture ospedaliere (grafico)



SERVIZIO DI PREVENZIONE HPV

- Conoscenza del servizio di prevenzione HPV nell'ospedale (Y)

$$\frac{\text{Numero di donne che conoscono il servizio di prevenzione HPV nell'ospedale (Y)}}{\text{Numero totale delle pazienti dell'ospedale (Y)}} \times 100$$

Tabella 5.15 Conoscenza del servizio di prevenzione HPV nelle strutture ospedaliere

STRUTTURE OSPEDALIERE	PREVENZIONE HPV
ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA	5%
ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI	5%
P.O. MACEDONIO MELLONI	10%
MANGIAGALLI	30%
P.O. DI BUSTO ARSIZIO	5%
P.O. DI CERNUSCO SUL NAVIGLIO	5%
OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA	25%
OSPEDALE DI CIRCOLO-MELEGNANO	35%
P.O. di SARONNO	5%
OSPEDALE BOLOGNINI-SERiate	25%
OSPEDALE DI SONDRIO	10%
OSPEDALE DI VIGEVANO	20%
OSPEDALE RIUNITI DI BERGAMO	5%
A.O. LUIGI SACCO	10%

La percentuale di donne che conoscono l'esame per rilevare se si è affetti dall'HPV⁴⁰ è ancora molto basso, raggiunge la massima percentuale presso l'Ospedale di Melegnano con il 34%.

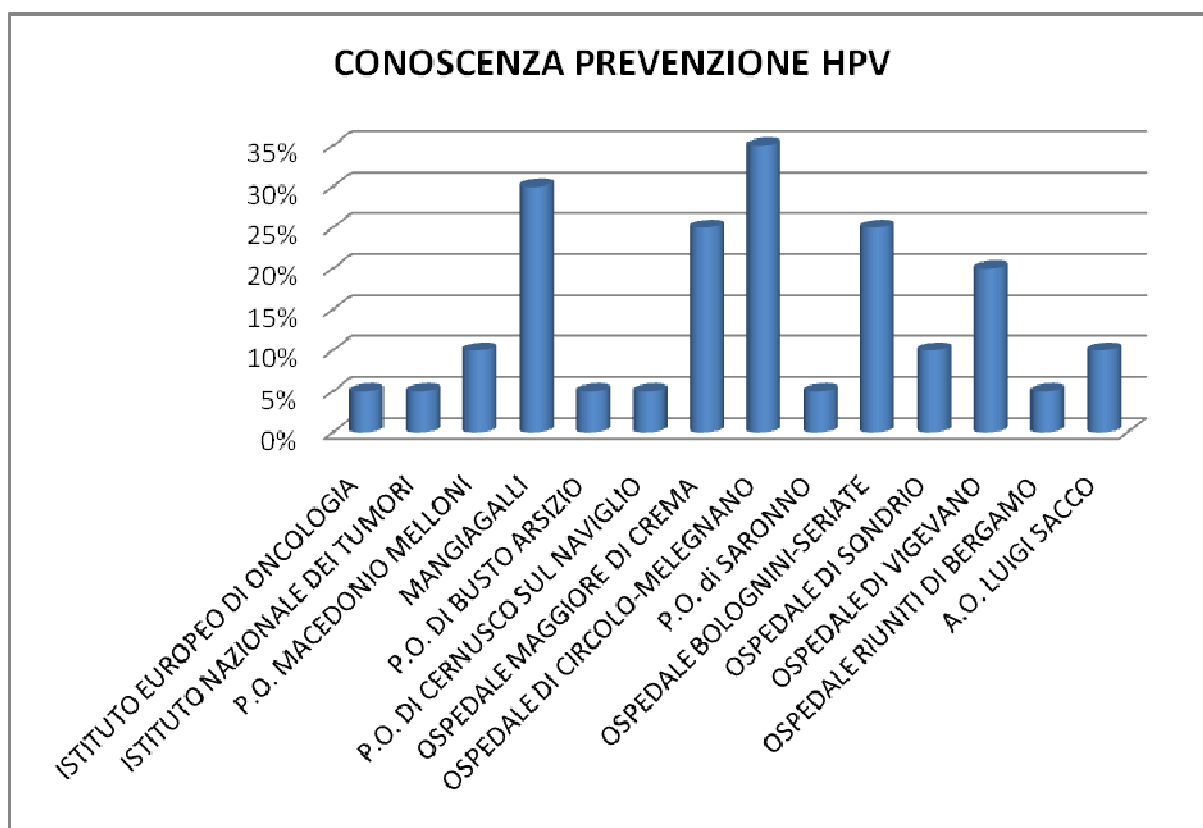
⁴⁰ Human Papilloma virus: esistono più di 100 differenti sierotipi di HPV, tuttavia solo 15 di essi sono risultati essere associati al tumore cervicale. Per tale motivo, mentre la gran parte delle pazienti con carcinoma della cervice uterina presenta l'HPV, non tutte le donne affette da HPV sviluppano il tumore.

La spiegazione a tale dato può essere attribuita alla recente scoperta delle conseguenze di tale malattia. Infatti solo ultimamente è stato scoperto che l'HPV può causare il tumore al collo dell'utero. La ricerca scientifica ha creato un vaccino per contrastare tale patologia.

La Regione Lombardia ha attuato un programma di vaccinazione gratuita dedicato alle ragazze nate nel 1997, ma non è ancora diffusa la conoscenza ed i rischi dell'HPV tra le donne.

E' compito della rete sanitaria ed in primis delle Istituzioni di aumentare le campagne sanitarie di comunicazione su tale male data la possibilità di prevenirlo.

Figura 5.16 Conoscenza del servizio di prevenzione HPV nelle strutture ospedaliere (grafico)



SERVIZIO DI PREVENZIONE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI

- Conoscenza del servizio di prevenzione mutilazioni genitali femminili nell'ospedale (Y)

$$\frac{\text{Numero di donne che conoscono il servizio di prevenzione mutilazioni genitali femminili nell'ospedale (Y)}}{\text{Numero totale delle pazienti dell'ospedale (Y)}} \times 100$$

Tabella 5.17 Conoscenza del servizio di prevenzione mutilazioni genitali femminili nelle strutture ospedaliere

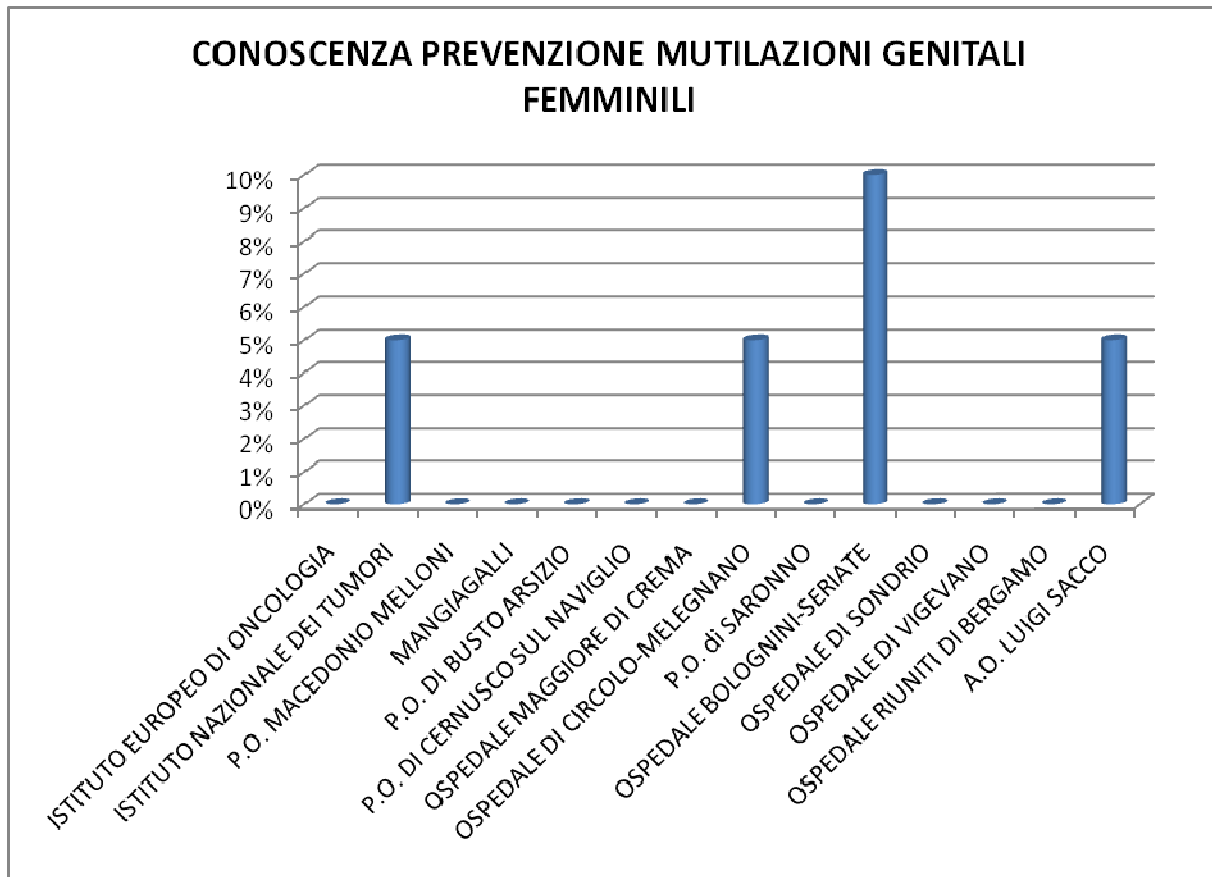
STRUTTURE OSPEDALIERE	PREVENZIONE MUTILAZIONE GENITALI FEMMINILI
ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA	0%
ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI	5%
P.O. MACEDONIO MELLONI	0%
MANGIAGALLI	0%
P.O. DI BUSTO ARSIZIO	0%
P.O. DI CERNUSCO SUL NAVIGLIO	0%
OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA	0%
OSPEDALE DI CIRCOLO-MELEGNANO	5%
P.O. di SARONNO	0%
OSPEDALE BOLOGNINI-SERiate	10%
OSPEDALE DI SONDRIO	0%
OSPEDALE DI VIGEVANO	0%
OSPEDALE RIUNITI DI BERGAMO	0%
A.O. LUIGI SACCO	5%

La prevenzione delle mutilazioni genitali femminili⁴¹ non è conosciuta tra le donne, probabilmente poiché non appartiene alle problematiche derivanti dalla nostra cultura ma l'aumentare delle pazienti straniere ha portato la necessità di creare un ambulatorio ad hoc.

⁴¹ Le mutilazioni genitali femminili (MGF) sono un fenomeno vasto e complesso, che include pratiche tradizionali che vanno dall'incisione all'asportazione, in parte o in tutto, dei genitali femminili esterni (<http://www.unicef.it>).

Si nota, infatti, che le pazienti che hanno risposto di conoscere il servizio siano per il 98% straniere.

Figura 5.18 Conoscenza del servizio di prevenzione mutilazioni genitali femminili nelle strutture ospedaliere



SERVIZIO DI PREVENZIONE OSTEOPOROSI

- Conoscenza del servizio di prevenzione osteoporosi nell'ospedale (Y)

$$\frac{\text{Numero di donne che conoscono il servizio di prevenzione osteoporosi nell'ospedale (Y)}}{\text{Numero totale delle pazienti dell'ospedale (Y)}} \times 100$$

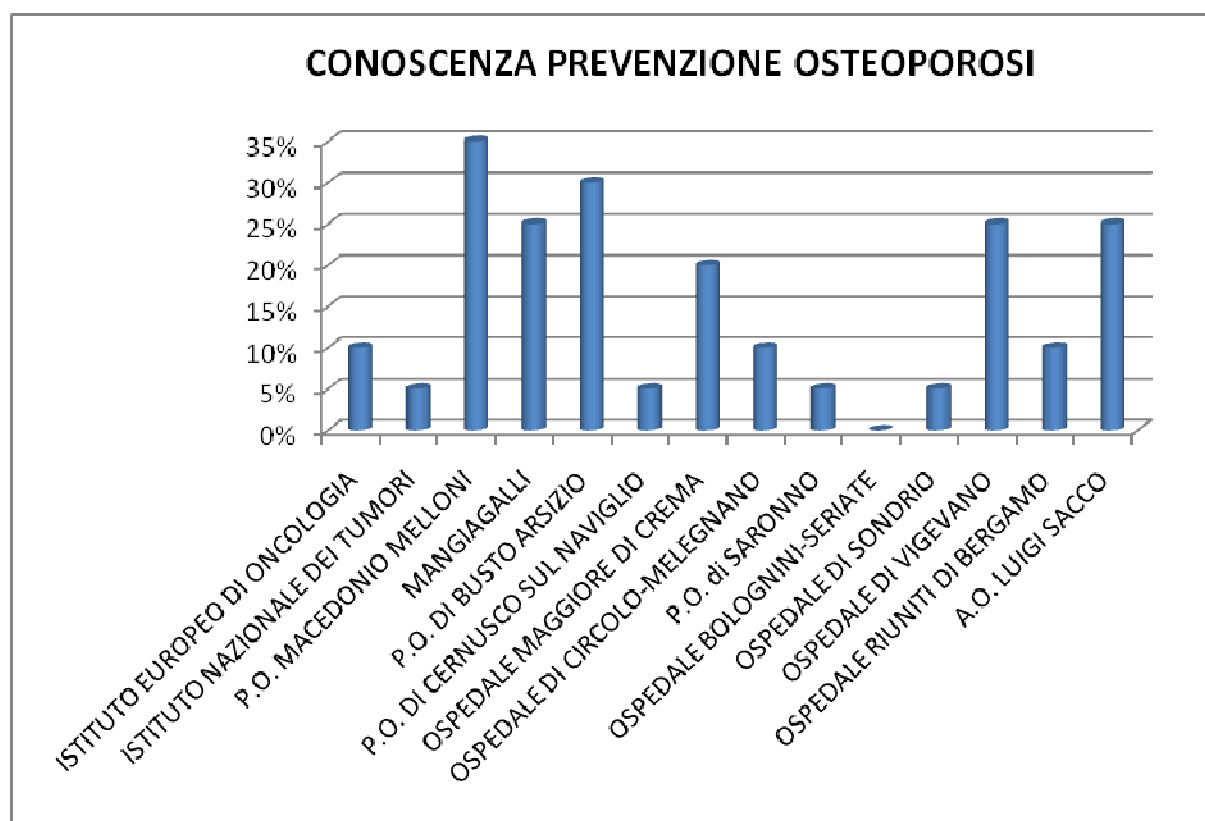
Tabella 5.19 Conoscenza del servizio di prevenzione osteoporosi nelle strutture ospedaliere

STRUTTURE OSPEDALIERE	PREVENZIONE OSTEOPOROSI
ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA	10%
ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI	5%
P.O. MACEDONIO MELLONI	35%
MANGIAGALLI	25%
P.O. DI BUSTO ARSIZIO	30%
P.O. DI CERNUSCO SUL NAVIGLIO	5%
OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA	20%
OSPEDALE DI CIRCOLO-MELEGNANO	10%
P.O. di SARONNO	5%
OSPEDALE BOLOGNINI-SERiate	0%
OSPEDALE DI SONDRIO	5%
OSPEDALE DI VIGEVANO	25%
OSPEDALE RIUNITI DI BERGAMO	10%
A.O. LUIGI SACCO	25%

L'osteoporosi⁴² rappresenta una malattia molto diffusa tra le donne soprattutto in età avanzata, collegata alle fasi ormonali della donna. Ancora oggi è poco diffusa la comprensione e la conoscenza di questa patologia, nonostante abbia un forte impatto sia sul Sistema Sanitario Nazionale sia sulla salute.

⁴² L'osteoporosi definisce la situazione in cui lo scheletro è soggetto ad un maggiore rischio di fratture, in seguito alla diminuzione di massa ossea e alle modificazioni della microarchitettura; l'osteoporosi non è di per sé una malattia ma un processo parafisiologico, un fattore di rischio per le fratture.

Figura 5.20 Conoscenza del servizio di prevenzione osteoporosi nelle strutture ospedaliere (grafico)



AMBULATORIO MENOPAUSA

- Conoscenza dell'ambulatorio menopausa nell'ospedale (Y)

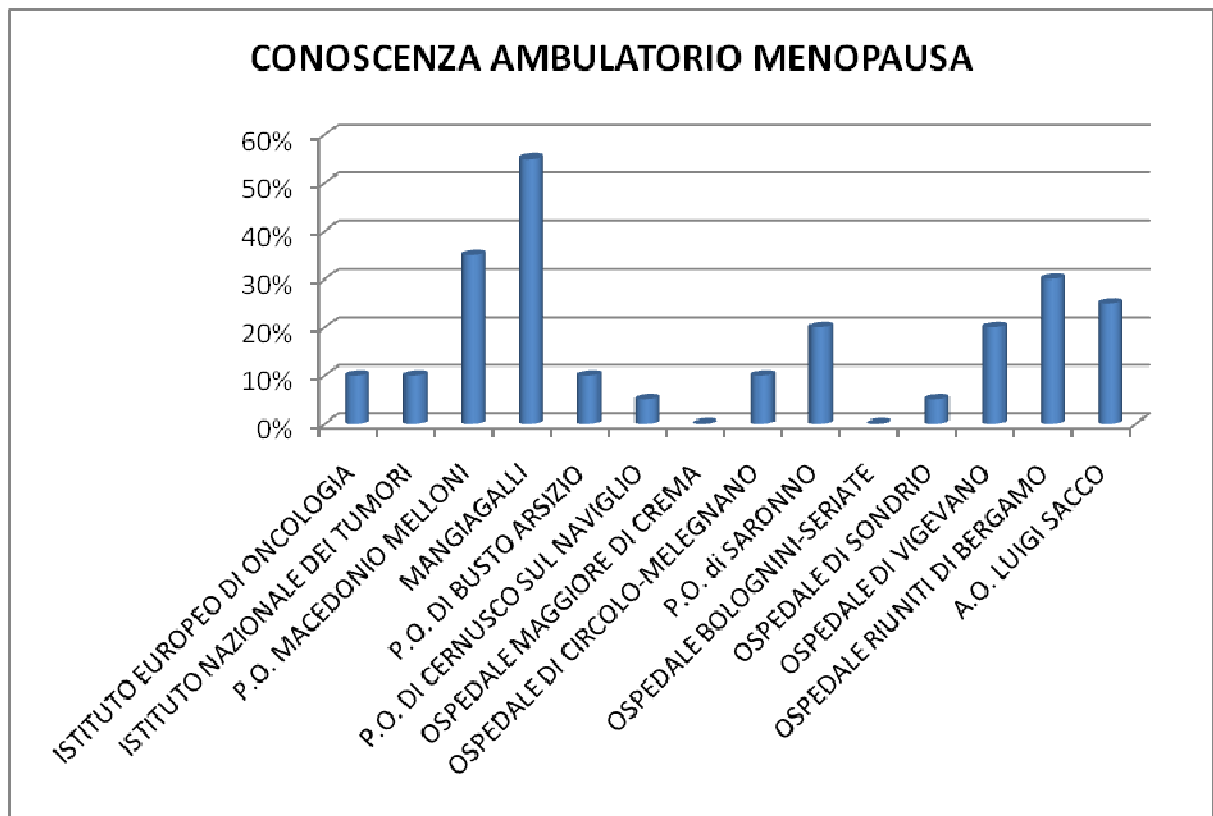
$$\frac{\text{Numero di donne che conoscono l'ambulatorio menopausa nell'ospedale (Y)}}{\text{Numero totale delle pazienti dell'ospedale (Y)}} \times 100$$

Tabella 5.21 Conoscenza dell'ambulatoria menopausa nelle strutture ospedaliere

STRUTTURE OSPEDALIERE	AMBULATORIO MENOPAUSA
ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA	10%
ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI	10%
P.O. MACEDONIO MELLONI	35%
MANGIAGALLI	55%
P.O. DI BUSTO ARSIZIO	10%
P.O. DI CERNUSCO SUL NAVIGLIO	5%
OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA	0%
OSPEDALE DI CIRCOLO-MELEGNANO	10%
P.O. di SARONNO	20%
OSPEDALE BOLOGNINI-SERiate	0%
OSPEDALE DI SONDRIO	5%
OSPEDALE DI VIGEVANO	20%
OSPEDALE RIUNITI DI BERGAMO	30%
A.O. LUIGI SACCO	25%

La percentuale di conoscenza dell'ambulatorio menopausa varia molto tra un ospedale ed un altro: si può notare una similitudine tra il Presidio Ospedaliero Macedonio Melloni e la Mangiagalli, tale valore è determinato dalla comune peculiarità delle due strutture che dedicano particolare attenzione agli aspetti ostetrico ginecologici delle donne.

Figura 5.22 Conoscenza dell'ambulatorio menopausa nelle strutture ospedaliere (grafico)



PREVENZIONE DEPRESSIONE POST PARTUM

- Conoscenza del servizio di prevenzione depressione post partum nell'ospedale (Y)

$$\frac{\text{Numero di donne che conoscono il servizio di prevenzione depressione post partum nell'ospedale (Y)}}{\text{Numero totale delle pazienti dell'ospedale (Y)}} \times 100$$

Tabella 5.23 Conoscenza dell'ambulatorio prevenzione post partum nelle strutture analizzate.

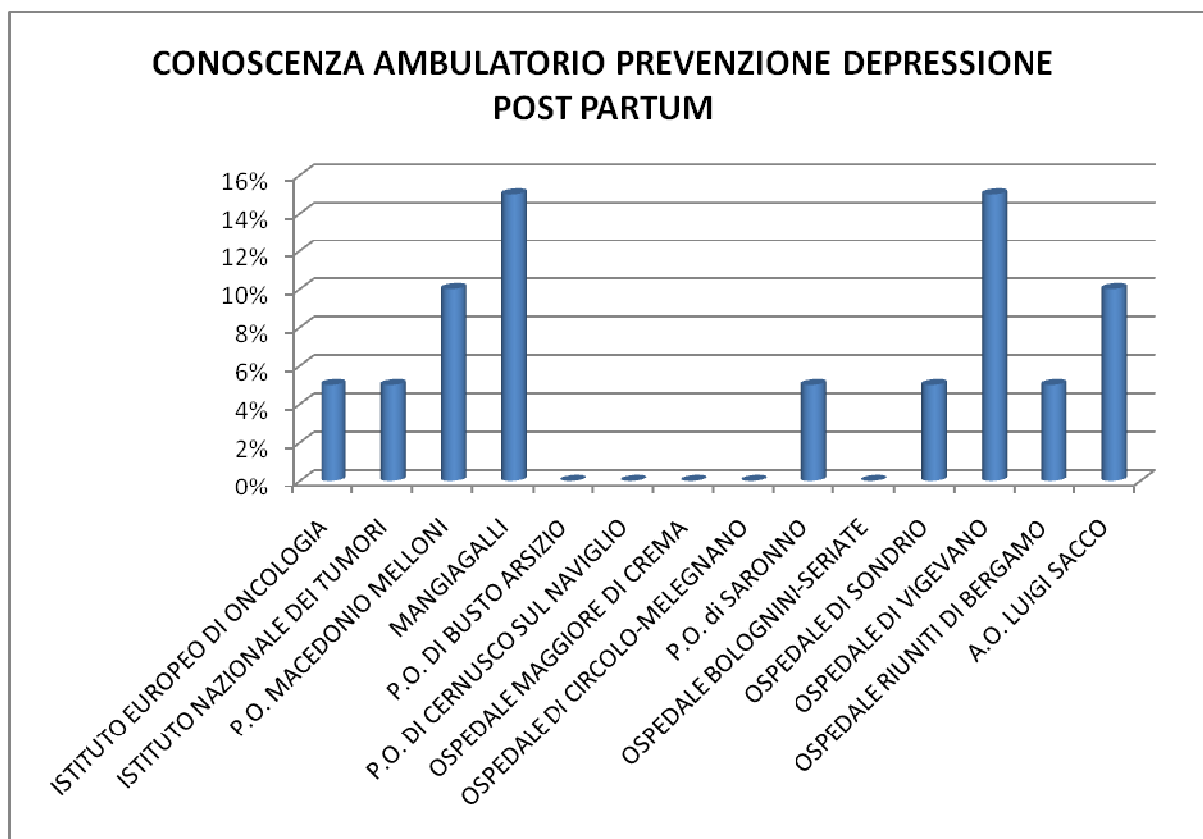
STRUTTURE OSPEDALIERE	AMBULATORIO PREVENZIONE DEPRESSIONE POST PARTUM
ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA	5%
ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI	5%
P.O. MACEDONIO MELLONI	10%
MANGIAGALLI	15%
P.O. DI BUSTO ARSIZIO	0%
P.O. DI CERNUSCO SUL NAVIGLIO	0%
OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA	0%
OSPEDALE DI CIRCOLO-MELEGNANO	0%
P.O. di SARONNO	5%
OSPEDALE BOLOGNINI-SERATE	0%
OSPEDALE DI SONDRIO	5%
OSPEDALE DI VIGEVANO	15%
OSPEDALE RIUNITI DI BERGAMO	5%
A.O. LUIGI SACCO	10%

Il servizio di prevenzione della depressione post partum⁴³ può essere paragonato al servizio di promozione all'allattamento al seno per l'andamento delle percentuali degli ospedali. Anche in questo caso la bassa conoscenza di tale servizio è determinata dal target a cui si rivolge ovvero la donna in gravidanza. I valori risultano più alti in tutti

⁴³ La depressione post-partum o depressione post-natale è un disturbo dell'umore che colpisce il 10-20% delle donne nel periodo immediatamente successivo al parto.

quegli ospedali che hanno una specialità ostetrico ginecologica, come nel caso della promozione all'allattamento al seno.

Figura 5.24 Conoscenza dell'ambulatorio prevenzione post partum nelle strutture analizzate (grafico)



I dati disaggregati ci mostrano una forte diversità nel livello di conoscenza dei vari servizi da parte delle donne nelle singole strutture. Questa differenza è determinata da una molteplicità di fattori.

Il primo elemento da non sottovalutare è il posizionamento territoriale della struttura che determina una tipologia di utenza differente con specifiche peculiarità.

Il secondo fattore riguarda le scelte di policy di ciascuna struttura ospedaliera e della propria Asl di riferimento in quanto, a seconda degli obiettivi strategici prefissati, che comunque devono rientrare nel Piano Sanitario Regionale, ogni Ente può autonomamente, a seconda delle risorse disponibili, attuare programmi sanitari di prevenzione di genere differenti.

Questi fattori debitamente correlati generano le differenze sopra esposte.

Sarà quindi compito del management ospedaliero implementare i servizi sanitari di genere e le relative campagne di comunicazione a seconda dell'utenza di riferimento di ciascun territorio in modo da migliorare l'accessibilità a tali servizi.

Il "linguaggio della salute" è un elemento fondamentale da presidiare per migliorare il rapporto tra il Sistema Sanitario e l'utenza femminile, che permette, se correttamente gestito, di diminuire e superare le barriere che impediscono l'accessibilità ai servizi sanitari di genere da parte delle donne.

Successivo step da affrontare è il reale utilizzo dei servizi sanitari di genere da parte delle donne, dopo che ne sono venute a conoscenza. E' necessario che le donne compiano un "passo proattivo" verso il Sistema Sanitario utilizzando, a seconda delle necessità e delle caratteristiche individuali, i servizi offerti.

5.3 *Indicatori di utilizzo dei servizi sanitari di genere*

Il secondo gruppo di indicatori mostra il livello di utilizzo dei servizi sanitari di genere da parte dell'utenza femminile intervistata e la scelta di tali pazienti ad usufruirne presso la struttura ospedaliera dove sono state intervistate o presso un altro presidio.

- Pazienti che hanno usufruito almeno di un servizio sanitario di genere

$$\frac{\textit{Pazienti che hanno usufruito almeno di un servizio sanitario di genere}}{\textit{Totale delle pazienti che conoscono i servizi di genere}} \times 100$$

Il 67% (vedi *tabella 5.25*) di coloro che conoscono i servizi sanitari di genere usufruiscono in seguito di tali prestazioni.

Si può allora desumere che la conoscenza dei servizi sanitari offerti non sia l'unico fattore che determina un adeguato livello di accessibilità ai servizi sanitari di genere.

Figura 5.25 Utilizzatrici dei servizi sanitari di genere (grafico)

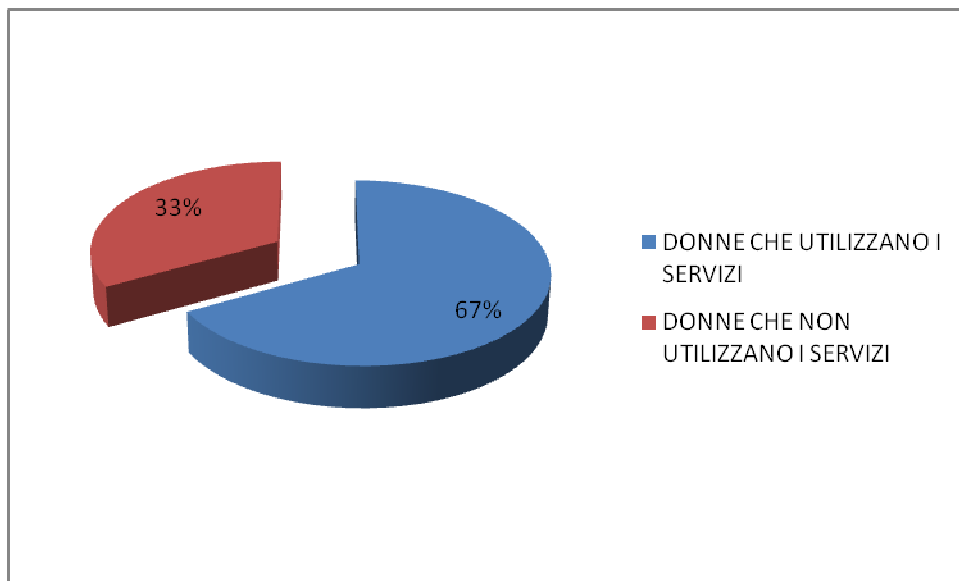
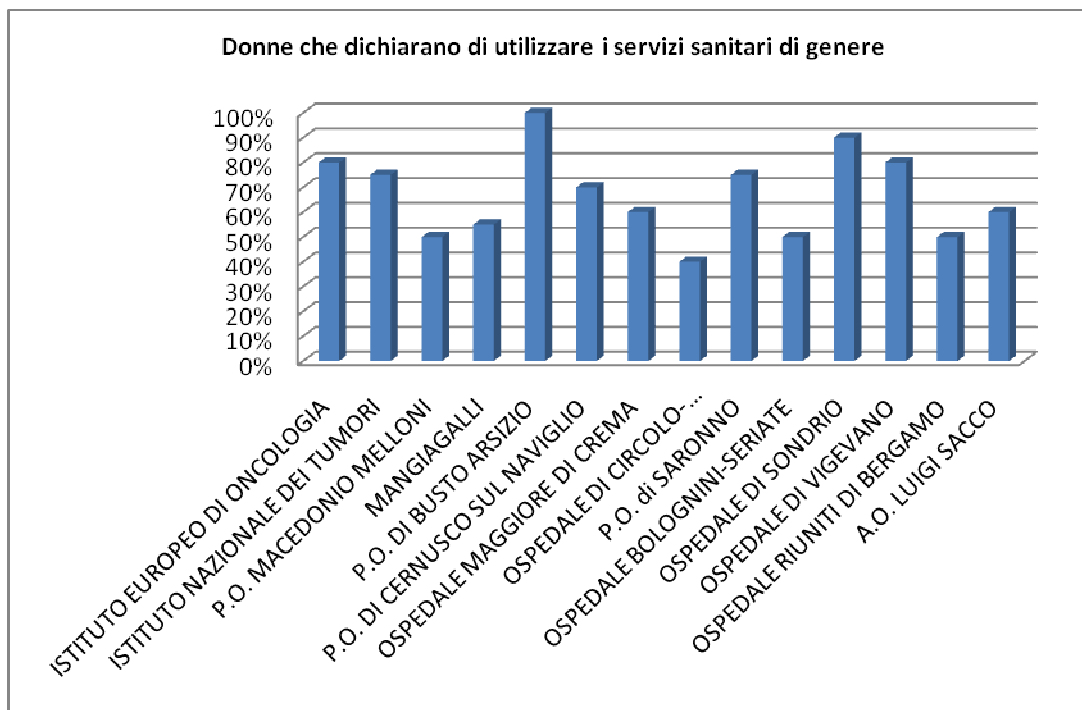


Figura 5.26 Donne che utilizzano i servizi sanitari di genere (in ogni singola struttura)



La *tabella 5.26* mostra i dati disaggregati per gli ospedali oggetto dell'analisi. Se li suddividiamo per cluster geografico (Milano, Hinterland milanese, Province lombarde) potremo notare che all'interno del Cluster di Milano, composto dall'Istituto Europeo di oncologia, dall'Istituto Nazionale per la cura dei tumori, dal Presidio Ospedaliero Macedonio Melloni, dalla Mangiagalli e dall'Azienda Ospedaliera Luigi Sacco, si creano due sottogruppi con valori simili: il primo composto dalle prime due strutture le quali hanno rispettivamente un valore dell'80% e del 75%, il secondo composto dalle restanti tre le quali hanno una percentuale di utilizzatrici dei servizi del 50%, del 55% e del 60%. Tale fenomeno di aggregazione può essere determinato dalla similitudine di alcune caratteristiche che contraddistinguono le strutture (specializzazione, fama della struttura, ecc.).

Tabella 5.27 Donne che utilizzano i servizi sanitari di genere (Cluster di Milano)

STRUTTURE OSPEDALIERE	UTILIZZATRICI DEI SERVIZI
ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA	80%
ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI	75%
P.O. MACEDONIO MELLONI	50%
MANGIAGALLI	55%
A.O. LUIGI SACCO	60%

Il Cluster dell'Hinterland ed il Cluster della Provincia possono essere assimilati poiché non sussistono parallelismi tra una struttura e l'altra in entrambi. Si potrebbe dedurre che tali diversità siano determinata dalla specificità di ciascuna struttura e dalla differente qualità dei servizi erogati percepita dalle utenti in ciascun ospedale.

Tabella 5.28 Donne che utilizzano i servizi di genere (Cluster Hinterland e Provincia)

STRUTTURE OSPEDALIERE	UTILIZZATRICI DEI SERVIZI
P.O. DI BUSTO ARSIZIO	100%
P.O. DI CERNUSCO SUL NAVIGLIO	70%
OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA	60%
OSPEDALE DI CIRCOLO-MELEGNANO	40%
P.O. di SARONNO	75%
OSPEDALE BOLOGNINI-SERiate	50%
OSPEDALE DI SONDRIO	90%
OSPEDALE DI VIGEVANO	80%
OSPEDALE RIUNITI DI BERGAMO	50%

5.4 *Indicatori di “fedeltà”*

Ulteriore elemento da prendere in considerazione è l'utilizzo da parte delle pazienti dei servizi di genere presso la struttura in cui sono venute a conoscenza degli stessi o presso un altro ospedale.

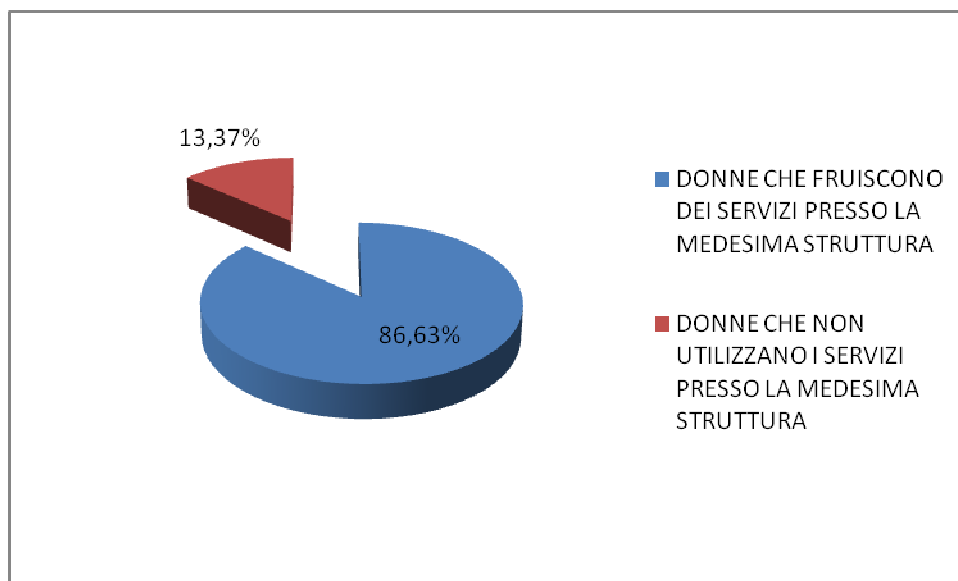
- % fruitori dei servizi sanitari di genere presso l'ospedale (Y) di coloro che utilizzano i medesimi servizi

$$\frac{\textit{Utilizzatrici dei servizi sanitari di genere presso l'ospedale (Y)}}{\textit{Utilizzatrici dei servizi sanitari di genere}} \times 100$$

L'87% delle donne intervistate usufruisce dei servizi sanitari presso la medesima struttura ove ne era venuta a conoscenza.

Questo valore ci porta ad affermare che la maggior parte delle utenti si fidelizza al Presidio Ospedaliero che eroga servizi sanitari di genere coinvolgendole con mirate e comprensibili politiche sanitarie di genere.

Figura 5.29 Donne che utilizzano i servizi sanitari di genere presso la medesima struttura



Se disaggregiamo il dato per ospedale possiamo notare che non vi è una differenza rilevante tra una struttura e l'altra, le percentuali risultano tutte abbastanza alte, variando tra il 70% ed il 100%. Questi dati rafforzano l'ipotesi secondo la quale l'investimento di risorse nei servizi sanitari di genere ed in campagne di comunicazione dedicate alle donne non solo aumenti l'accessibilità a tali servizi e migliori lo stato di salute dell'utenza femminile, ma crei un rapporto di fidelizzazione verso tali strutture implementando un circolo virtuoso.

Tabella 5.30 Donne che utilizzano i servizi di genere presso la medesima struttura (declinato per singola struttura)

STRUTTURE OSPEDALIERE	UTILIZZATORI PRESSO STRUTTURA
ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA	100%
ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI	73%
P.O. MACEDONIO MELLONI	70%
MANGIAGALLI	73%
P.O. DI BUSTO ARSIZIO	100%
P.O. DI CERNUSCO SUL NAVIGLIO	93%
OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA	100%
OSPEDALE DI CIRCOLO-MELEGNANO	88%
P.O. di SARONNO	87%
OSPEDALE BOLOGNINI-SERATE	80%
OSPEDALE DI SONDRIO	100%
OSPEDALE DI VIGEVANO	69%
OSPEDALE RIUNITI DI BERGAMO	80%
A.O. LUIGI SACCO	83%

5.5 *Indicatori di mancato utilizzo dei servizi sanitari di genere*

Per comprendere quali ulteriori ostacoli pongano limiti all'accessibilità dei servizi sanitari alle donne bisogna comprendere le ragioni per le quali non li utilizzano. Le donne non usufruiscono dei servizi sanitari di genere principalmente per tre ragioni: per mancanza di tempo, per problemi economici o perché non li conoscono. Per valutare tali fattori sono stati creati gli indicatori di seguito riportati:

- % di donne che non usufruiscono dei servizi sanitari di genere per mancanza di tempo

$$\frac{\text{Numero di donne che non utilizza i servizi sanitari di genere per mancanza di tempo}}{\text{Numero di donne che non utilizza i servizi sanitari di genere}} \times 100$$

- % di donne che non usufruisce dei servizi sanitari di genere per motivazioni economiche

$$\frac{\text{Donne che non utilizzano i servizi sanitari di genere per motivazioni economiche}}{\text{Numero di donne che non utilizza i servizi sanitari di genere}} \times 100$$

- % di donne che non usufruisce dei servizi sanitari di genere poiché non è a conoscenza dei servizi offerti

$$\frac{\text{Numero di donne che non era a conoscenza dei servizi sanitari di genere}}{\text{Numero di donne che non utilizza i servizi sanitari di genere}} \times 100$$

Tabella 5.31 Motivazioni per la quale le donne non utilizzano i servizi di genere

MOTIVAZIONE	MANCANZA TEMPO	ECONOMICA	NON A CONOSCENZA	ALTRO
TOTALE	21%	8%	59%	5%

La ragione prevalente del non utilizzo dei servizi da parte dell'utenza femminile è la non conoscenza degli stessi (59%).

Questo valore rafforza la teoria, secondo la quale la mancata conoscenza dei servizi e quindi l'assenza di politiche di comunicazione adeguate risulta una delle barriere all'entrata dei servizi sanitari di genere, confermando in tal senso quanto sopra esposto. Postulato evidenziato dall'elevata percentuale.

La seconda motivazione in ordine numerico di grandezza dell'indicatore è quella relativa alla mancanza di tempo. Il 21% delle donne dichiara di non utilizzare i servizi sanitari di genere per mancanza di tempo. Tale dato è molto rilevante poiché riflette una peculiarità sociale del ruolo della donna.

Come affermato nei precedenti capitoli la donna oggi ha meno tempo disponibile da dedicare alla cura di se stessa ed in particolare alla cura del proprio stato di salute a causa del ruolo che ricopre all'interno della società.

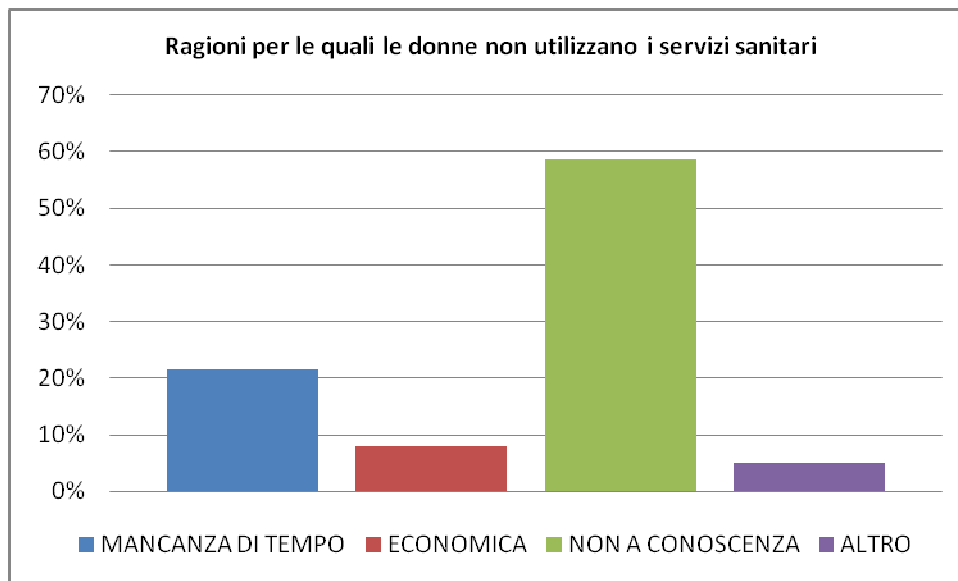
La donna, oggi, deve conciliare⁴⁴ il proprio ruolo familiare e di care giver, con quello lavorativo.

Tale aspetto socio culturale ha determinato la drastica diminuzione del tempo che la donna dedica al proprio benessere.

Quest'aspetto si riflette nel contesto sanitario diventando, un possibile ostacolo all'utilizzo dei servizi. E' necessario ripensare ai servizi sanitari di genere attraverso la creazione di percorsi ad hoc che permettano una maggiore fruibilità degli stessi da parte dell'utenza femminile aumentando in tal modo l'accessibilità.

⁴⁴ Le **politiche per la conciliazione** si propongono di fornire strumenti che rendano compatibili sfera lavorativa e sfera familiare, consentano a ciascun individuo di vivere al meglio i molteplici ruoli che gioca all'interno di società complesse (Ministero del Lavoro, 2008)

Figura 5.32 Motivazioni per la quale le donne non utilizzano i servizi di genere (grafico)



Ultima motivazione addotta è di carattere economico. Il livello molto basso di tale valore (8%) deriva dalla gratuità della maggior parte dei servizi sanitari di genere (attraverso il solo pagamento del ticket).

Si può ipotizzare che le donne abbiano risposto in tal modo per due principali motivi:

- 1) la non conoscenza del basso costo dei servizi sanitari (il costo è sostenuto in larga parte dallo Stato e dalle Regioni);
- 2) l'appartenenza a fasce medio basse di reddito che non hanno l'esenzione dal pagamento del ticket e che non possano pienamente permettersi tale spesa.

Tenendo conto di questi elementi anche il fattore economico può diventare un ostacolo che mina l'accessibilità ai servizi sanitari.

Per superare questa difficoltà le Istituzioni sanitarie devono operare su due fronti: da un lato aumentando le campagne di comunicazione sanitaria in modo da far comprendere l'importanza della prevenzione e dall'altro creando maggiori agevolazioni economiche per i servizi sanitari di prevenzione/promozione di genere.

Gli indicatori sopra esposti possono essere declinati per singola struttura:

- % di donne che non usufruiscono dei servizi sanitari di genere presso l'ospedale (Y) per mancanza di tempo

$$\frac{\text{Numero di donne che non utilizza i servizi sanitari di genere presso l'ospedale (Y) per mancanza di tempo}}{\text{Numero di donne che non utilizza i servizi sanitari di genere presso l'ospedale (Y)}} \times 100$$

- % di donne che non usufruisce dei servizi sanitari di genere presso l'ospedale (Y) per motivazioni economiche

$$\frac{\text{Numero di donne che non utilizza i servizi sanitari di genere presso l'ospedale (Y) per motivazioni economiche}}{\text{Numero di donne che non utilizza i servizi sanitari di genere presso l'ospedale (Y)}} \times 100$$

- % di donne che non usufruisce dei servizi sanitari di genere presso l'ospedale (Y) poiché non è a conoscenza dei servizi offerti

$$\frac{\text{Numero di donne che non utilizza i servizi sanitari di genere presso l'ospedale (Y) poiché non ne era a conoscenza}}{\text{Numero di donne che non utilizza i servizi sanitari di genere presso l'ospedale (Y)}} \times 100$$

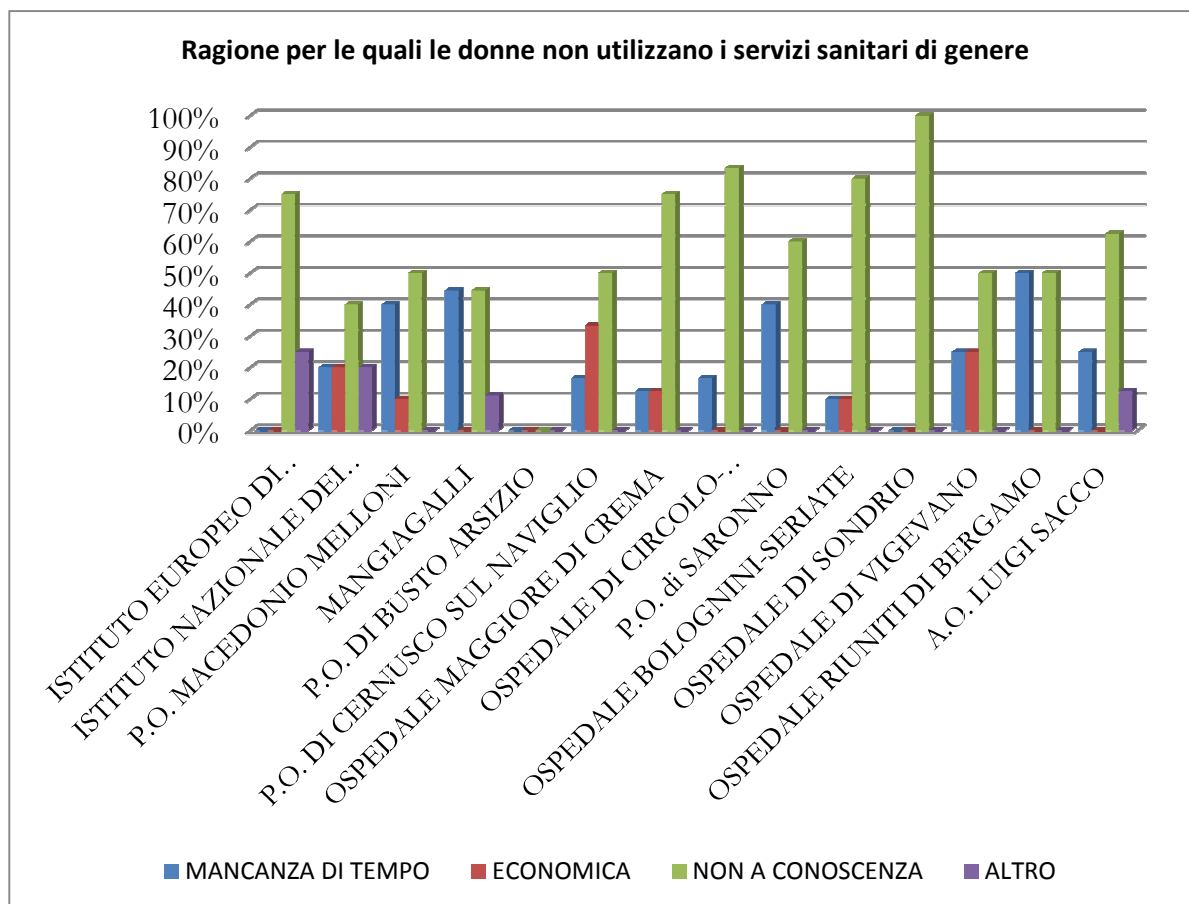
Tabella 5.33 Motivazioni per le quali le donne non utilizzano i servizi sanitari di genere (declinato per singola struttura)

OSPEDALI	MANCANZA DI TEMPO	ECONOMICA	NON A CONOSCENZA	ALTRO
ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA	0	0	75%	25%
ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI	20%	20%	40%	20%
P.O. MACEDONIO MELLONI	40%	10%	50%	0%
MANGIAGALLI	44%	0%	44%	11%
P.O. DI BUSTO ARSIZIO	0%	0%	0%	0%
P.O. DI CERNUSCO SUL NAVIGLIO	17%	33%	50%	0%
OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA	13%	13%	75%	0%
OSPEDALE DI CIRCOLO-MELEGNANO	17%	0%	83%	0%
P.O. di SARONNO	40%	0%	60%	0%
OSPEDALE BOLOGNINI-SERiate	10%	10%	80%	0%
OSPEDALE DI SONDRIO	0%	0%	100%	0%
OSPEDALE DI VIGEVANO	25%	25%	50%	0%
OSPEDALE RIUNITI DI BERGAMO	50%	0%	50%	0%
A.O. LUIGI SACCO	25%	0%	63%	13%
MEDIA	21%	8%	59%	5%

Osservando i dati disaggregati per Presidio Ospedaliero (vedi *tabella 5.33*) si nota una differenza tra i valori degli indicatori. La motivazione di non utilizzo per non conoscenza prevale in tutte le strutture ospedaliere ma i valori assoluti variano.

Si può desumere che la differenza dei risultati ottenuti sia determinata dalle specificità dell'utenza femminile a cui l'ospedale si rivolge.

Figura 5.34 Motivazioni per le quali le donne non utilizzano i servizi sanitari di genere (declinato per singola struttura - grafico)



6. LA COMUNICAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI GENERE

Dagli anni '80 si è fatta sempre più presente una nuova concezione della salute, non più obiettivo da raggiungere ma “bene essenziale per lo sviluppo sociale, economico e personale...” che vede nelle “persone stesse la maggiore risorsa” (Carta di Ottawa, 1986).⁴⁵

La promozione della salute⁴⁶ si realizza nei due ambiti, individuale e collettivo, in primo luogo tramite interventi finalizzati a modificare i comportamenti soggettivi, ad esempio promuovendo l'adozione da parte dei cittadini di corretti stili di vita e, a livello delle collettività migliorando i contesti e le condizioni di vita rilevanti ai fini della salute.

Dall'analisi svolta nei capitoli precedenti emerge come la donna, per motivi epidemiologici e sociali, sia l'attrice principale a cui si deve rivolgere il sistema sanitario, per diversi ragioni :

- per il ruolo di care giver che ricopre all'interno della società è colei che si occupa della salute dei componenti della propria famiglia;

⁴⁵ La 1° Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, riunita a Ottawa il 21 novembre 1986, presenta questa Carta per stimolare l'azione a favore della Salute per Tutti per l'anno 2000 e oltre. Questa Conferenza è stata in primo luogo una risposta alle crescenti aspettative mondiali per un nuovo movimento di sanità pubblica. Le discussioni si sono incentrate sui bisogni presenti nei paesi industrializzati, ma hanno preso in considerazione aspetti simili in tutte le altre regioni.

⁴⁶ La promozione della salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'ambiente circostante o di farvi fronte. La salute è quindi vista come una risorsa per la vita quotidiana, non è l'obiettivo del vivere. La salute è un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, come pure le capacità fisiche.

- quando diventa madre è colei che si occupa maggiormente dell'insegnamento di corretti stili di vita ai figli;
- per sua natura la donna è più soggetta, soprattutto per motivi ormonali, a patologie che possono essere contrastate con un'adeguata prevenzione.

L'insieme di questi fattori ha fatto diventare la donna la più importante destinataria⁴⁷ delle campagne di prevenzione e promozione alla salute.

Nel capitolo precedente è emerso come la conoscenza generale dei servizi sanitari di prevenzione e promozione sia molto bassa mediamente del 17,9% ed il servizio sanitario maggiormente conosciuto sia quello relativo alla prevenzione al tumore al seno, che raggiunge circa il 78% discostandosi nettamente dagli altri servizi che oscillano tra il 5 ed il 17%.

Questi dati fanno riflettere su come sia importante attuare campagne di comunicazione che coinvolgano tutti gli stakeholder principali: le donne, i medici e le Istituzioni.

Sulla prevenzione al tumore al seno è stato fatto un eccellente lavoro che ha permesso di diminuire fortemente i decessi per tale patologia anche se ancora esistono forti disuguaglianze tra le Regioni Italiane⁴⁸.

La Lombardia rappresenta un primato positivo sia per quanto riguarda la copertura dei programmi di screening sia per le strutture di ricovero di eccellenza presenti sul territorio.

⁴⁷ Stakeholder primario

⁴⁸ Per maggiori informazioni consultare *Il libro verde sulla salute delle donne in Italia, O.N.Da (2007)*

6.1 *Indicatori di comunicazione sanitaria di genere*

Per comprendere maggiormente come le donne vengano a conoscenza dei servizi sanitari di genere offerti, al fine di implementare le politiche di comunicazione, sono stati creati degli indicatori che permettono di valutare le modalità attraverso le quali le pazienti sono venute a conoscenza dell'esistenza di tali servizi presso le strutture ospedaliere.

Una delle modalità con cui le donne possono venire a conoscenza dei servizi sanitari di genere è il passaparola⁴⁹, considerato uno degli strumenti del marketing relazionale. In tal senso viene di seguito proposto un indicatore che permette di determinare la percentuale di donne che sono venute a conoscenza dei servizi sanitari di genere attraverso questa prassi.

- Numero pazienti che sono venute a conoscenza dei servizi sanitari di genere offerti tramite passaparola

$$\frac{\text{Numero pazienti che sono venute a conoscenza dei servizi offerti tramite passaparola}}{\text{Totale pazienti che conoscono i servizi offerti}} \times 100$$

L'interlocutore principale per i pazienti all'interno del Sistema Sanitario è il medico di medicina generale, è infatti colui che conosce maggiormente la "storia" medica di ciascuna paziente. Si è quindi creato un indicatore che esplicitasse il numero di donne che sono venute a conoscenza dei servizi offerti tramite il medico di medicina generale.

⁴⁹ Per maggiori approfondimenti si rimanda a Jerry Wilson, *Marketing Passaparola* (2008)

- Numero pazienti che sono venute a conoscenza dei servizi sanitari di genere offerti tramite MMG

$$\frac{\text{Numero pazienti che sono venute a conoscenza dei servizi offerti tramite MMG}}{\text{Totale pazienti che conoscono i servizi offerti}} \times 100$$

Ulteriore modalità con cui si può venire a conoscenza dei servizi sanitari offerti dalle singole strutture ospedaliere è internet. Essendo uno strumento di recente creazione risulta necessario valutare la percentuale di donne che l'utilizza per conoscere i servizi sanitari di genere erogati.

- Numero pazienti che sono venute a conoscenza dei servizi sanitari di genere offerti tramite internet

$$\frac{\text{Numero pazienti che sono venute a conoscenza dei servizi offerti tramite internet}}{\text{Totale pazienti che conoscono i servizi offerti}} \times 100$$

Ultimo, ma non meno importante mezzo di comunicazione impiegato dal sistema sanitario per informare le donne sui servizi sanitari erogati, è il materiale promozionale. Si è proposto in tal senso un indicatore ad hoc:

- Numero pazienti che sono venute a conoscenza dei servizi sanitari di genere offerti tramite materiale promozionale istituzionale

$$\frac{\text{Numero pazienti che sono venute a conoscenza dei servizi offerti tramite materiale promozionale istituzionale}}{\text{Totale pazienti che conoscono i servizi offerti}} \times 100$$

Tabella 6.1 Modalità di conoscenza dei servizi sanitari di prevenzione/promozione di genere

MODALITA' DI CONOSCENZA DEI SERVIZI	
PASSAPAROLA	31,07%
CONSIGLIO DEL MEDICO DI BASE	37,50%
INTERNET	4,29%
MATERIALE PROMOZIONALE	23,21%
ALTRO	3,93%

I risultati di tali indicatori (Vedi *Tabella 6.1*) mostrano come la maggior parte delle donne venga a conoscenza dei servizi sanitari di prevenzione erogati attraverso il medico di medicina generale il quale, come esplicitato nel capitolo sul funzionamento del Sistema Sanitario Nazionale, ricopre il ruolo nodale di 1° livello all'interno della rete sanitaria. E' infatti suo compito indirizzare le pazienti verso i vari servizi di prevenzione secondo le singole necessità.

Dal punto di vista della comunicazione risulta quindi necessario rafforzare la rete di prevenzione che coinvolge i MMG, le ASL e le Strutture Ospedaliere in modo da poter creare percorsi ad hoc per ogni singolo servizio, aumentando i momenti di confronto e di formazione comune.

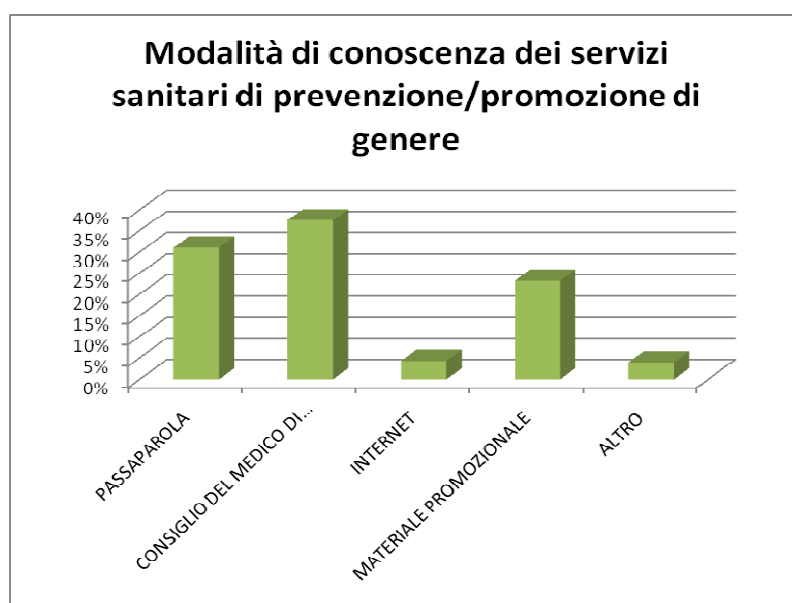
Risulta interessante il valore dell'indicatore inerente la conoscenza dei servizi sanitari di genere tramite passaparola.

Il 31,07% delle donne intervistate dichiara di venire a conoscenza dei servizi tramite passaparola. Questo dato rafforza l'ipotesi della centralità della donna nella rete sanitaria per il ruolo che essa ricopre all'interno della società e della famiglia, diventando all'interno della rete sanitaria colei che "educa gli altri" creando un circolo virtuoso all'interno del sistema. Questo meccanismo non porta solo benefici in termini di salute individuale, ma anche dal punto di vista economico poiché l'utilizzo dei servizi di prevenzione diminuisce fortemente il manifestarsi di successive patologie creando un risparmio futuro di risorse per il Sistema Sanitario Nazionale (riducendo ad esempio il numero di ricoveri futuri).

La donna deve quindi diventare il destinatario diretto delle campagne di comunicazione, in modo da poter ottenere un effetto moltiplicatore sul territorio.

Gli ultimi indicatori riguardano la conoscenza tramite materiale promozionale istituzionale ed internet.

Tabella 6.2 Modalità di conoscenza dei servizi sanitari di prevenzione/promozione di genere



Per materiale promozionale si intende l'insieme delle campagne di comunicazione promosse dalla Regione o dal Ministero della Salute attraverso l'utilizzo del Direct mail⁵⁰ ovvero attraverso l'invito personale da parte delle ASL ad usufruire di un determinato servizio a seconda della fascia d'età di appartenenza e della patologia oggetto della campagna.

⁵⁰ Il **direct marketing** è una tecnica di marketing attraverso la quale aziende e enti (esempio organizzazioni pubbliche e no profit) comunicano direttamente con clienti e utenti finali. Il direct marketing consente di raggiungere un target definito, con azioni mirate che utilizzano una serie di strumenti interattivi, ottenendo in tal modo delle risposte misurabili.

Questo strumento è ormai consolidato in Lombardia per quanto riguarda i programmi di screening al seno, solo negli ultimi anni è stato attivato il programma di screening per il tumore al collo dell'utero e per il tumore al colon.

Nonostante vengano a conoscenza dei servizi offerti tramite materiale promozionale solo il 23,21% delle pazienti, questo strumento risulta essere fondamentale per la comunicazione dei servizi sanitari di genere per il livello di efficacia che permette di raggiungere attraverso il suo utilizzo.

Se analizziamo il servizio più conosciuto ed utilizzato (la prevenzione al tumore al seno) si osserva che il 93% delle utilizzatrici è venuto a conoscenza del servizio tramite materiale promozionale.

Dal punto di vista comunicazionale questo dato ha una forte rilevanza in quanto ci mostra come la chiamata diretta abbia un riscontro molto elevato. Anche questo fenomeno può essere spiegato analizzando le peculiarità sociali del ruolo della donna. Come sottolineato precedentemente la donna ha meno tempo a disposizione per se stessa e per la propria cura e nella maggior parte dei casi minor disponibilità economiche, usufruirà quindi maggiormente di quei servizi che gli verranno offerti gratuitamente e che saranno promossi con una modalità di comunicazione diretta, personale che non implichi un gran dispendio di tempo.

I responsabili delle politiche sanitarie dovranno quindi prediligere questo strumento di comunicazione per tutti quei programmi sanitari per i quali vorranno raggiungere un maggior numero di utenti ed aumentare il tasso di risposta.

Una critica che potrebbe essere apportata a tale scelta d'azione risiede nell'elevato costo dell'operazione sia dal punto di vista economico sia per il gran numero di operatori sanitari necessari; ma come dimostrato nelle molteplici ricerche valutative⁵¹, attuate a seguito dei programmi di screening alla mammella, non solo si consegue un miglioramento sulla salute del cittadino, obiettivo core dell'intero sistema sanitario, ma anche una migliore razionalizzazione delle risorse. Se vengono investite risorse nel presente per l'attuazione di campagne di prevenzione, si evita un dispendio futuro di risorse economiche, che risulterebbero necessarie per affrontare l'aumentare delle patologie.

⁵¹ http://www.osservatorionazionalescreening.it/ons/pubblicazioni/rapporto3/impatto_scr_mammo3.pdf.

L'ultimo indicatore rappresenta la percentuale di donne che sono venute a conoscenza dei servizi tramite internet, il 4 % circa. Nonostante sia ancora molto basso l'utilizzo di questo strumento analizzando i dati si scopre che la percentuale sale nella fascia d'età di donne tra i 15 e i 30 anni.

Contemporaneamente bisogna tenere in considerazione l'esiguo numero di campagne di comunicazione sanitaria on line⁵² sviluppate dagli organi istituzionali e dalle strutture ospedaliere. Infatti solo negli ultimi anni gli apparati pubblici hanno iniziato ad utilizzare questo strumento.

Tenendo presente questi fattori converrebbe creare campagne di comunicazione on line in quei casi in cui il programma sanitario di genere è indirizzato ad un target di donne tra i 15 e i 30 anni.

Anche perché uno dei vantaggi di tale strumento, non di marginale rilievo, è il basso costo di realizzazione necessario al raggiungimento di un gran numero di utenti.

Gli stessi indicatori possono essere declinati per singola struttura:

- Numero pazienti che sono venute a conoscenza dei servizi offerti tramite passaparola nella struttura (Y)

$$\frac{\text{Numero pazienti che sono venute a conoscenza dei servizi offerti tramite passaparola nella struttura (Y)}}{\text{Totale pazienti che conoscono i servizi offerti nella struttura (Y)}} \times 100$$

⁵² Solo negli ultimi anni, anche se lentamente, sta avvenendo un processo di informatizzazione delle Pubbliche Amministrazioni.

- Numero pazienti che sono venute a conoscenza dei servizi sanitari di genere offerti tramite MMG nella struttura (Y)

$$\frac{\text{Numero pazienti che sono venute a conoscenza dei servizi offerti tramite MMG nella struttura (Y)}}{\text{Totale pazienti che conoscono i servizi offerti nella struttura (Y)}} \times 100$$

- Numero pazienti che sono venute a conoscenza dei servizi sanitari di genere offerti tramite internet nella struttura (Y)

$$\frac{\text{Numero pazienti che sono venute a conoscenza dei servizi offerti tramite internet nella struttura (Y)}}{\text{Totale pazienti che conoscono i servizi offerti nella struttura (Y)}} \times 100$$

- Numero pazienti che sono venute a conoscenza dei servizi sanitari di genere offerti tramite materiale promozionale istituzionale nella struttura (Y)

$$\frac{\text{Numero pazienti che sono venute a conoscenza dei servizi offerti tramite materiale promozionale istituzionale nella struttura (Y)}}{\text{Totale pazienti che conoscono i servizi offerti nella struttura (Y)}} \times 100$$

Tabella 6.3 Modalità di conoscenza dei servizi sanitari di prevenzione/promozione di genere disaggregati per struttura ospedaliera

PER OSPEDALE	PASSAPAROLA	CONSIGLIO DEL MEDICO DI BASE	INTERNET	MATERIALE PROMOZIONALE	ALTRO
ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA	35%	45%	0%	15%	5%
ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI	45%	25%	10%	10%	10%
P.O. MACEDONIO MELLONI	35%	35%	10%	15%	5%
MANGIAGALLI	40%	30%	5%	20%	5%
P.O. DI BUSTO ARSIZIO	0%	35%	0%	65%	0%
P.O. DI CERNUSCO SUL NAVIGLIO	10%	50%	0%	35%	5%
OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA	15%	35%	5%	45%	0%
OSPEDALE DI CIRCOLO-MELEGNANO	45%	30%	0%	15%	10%
P.O. di SARONNO	30%	35%	5%	25%	5%
OSPEDALE BOLOGNINI-SERiate	35%	40%	5%	20%	0%
OSPEDALE DI SONDRIO	45%	50%	0%	5%	0%
OSPEDALE DI VIGEVANO	25%	35%	5%	30%	5%
OSPEDALE RIUNITI DI BERGAMO	40%	45%	5%	10%	0%
A.O. LUIGI SACCO	35%	35%	10%	15%	5%

Si possono suddividere gli ospedali per cluster geografici, utilizzando come logica di segmentazione il posizionamento territoriale dell'ospedale ovvero in Milano, capoluogo della Regione Lombardia, nell'Hinterland milanese o nelle restanti Province lombarde.

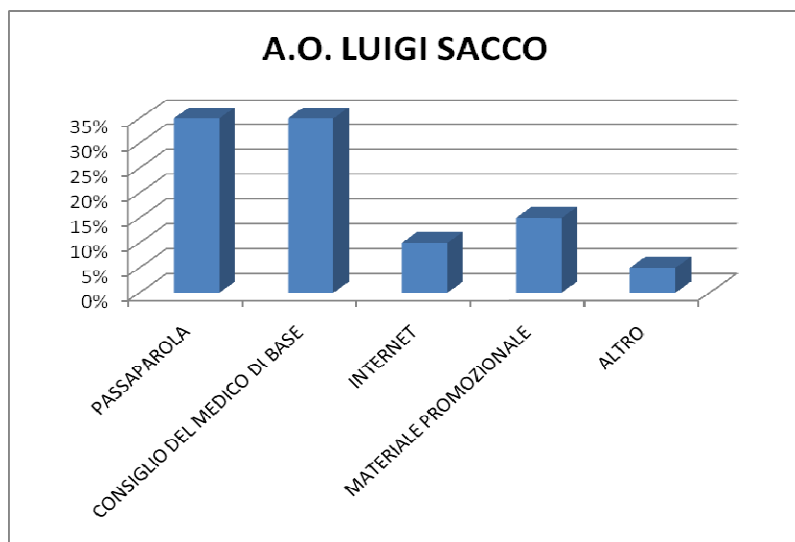
Tabella 6.4 Modalità di conoscenza dei servizi sanitari di prevenzione/promozione di genere disaggregati per cluster geografico (Milano)

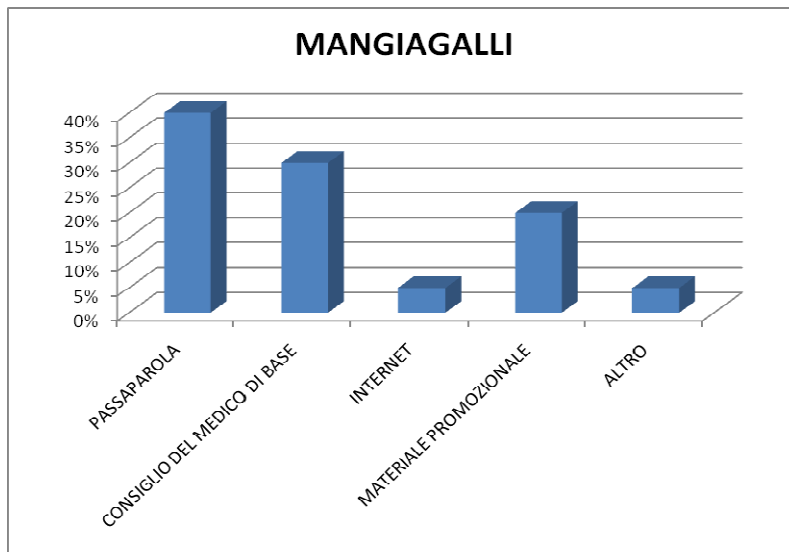
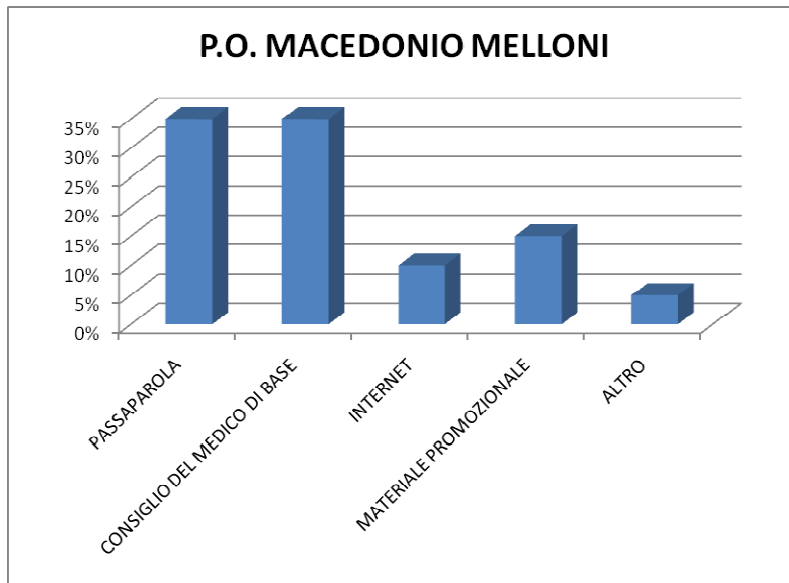
OSPEDALI DI MILANO	PASSAPAROLA	CONSIGLIO DEL MEDICO DI BASE	INTERNET	MATERIALE PROMOZIONALE	ALTRO
ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA	35%	45%	0%	15%	5%
ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI	45%	25%	10%	10%	10%
P.O. MACEDONIO MELLONI	35%	35%	10%	15%	5%
MANGIAGALLI	40%	30%	5%	20%	5%
A.O. LUIGI SACCO	35%	35%	10%	15%	5%

I risultati ottenuti denotano una forte convergenza tra i dati emersi nei singoli ospedali del Cluster di Milano dove prevale la conoscenza dei servizi sanitari di promozione/prevenzione di genere tramite il passaparola (38%) ed il medico di base (34%). Il medico di base, come esplicitato precedentemente, rappresenta sul territorio il riferimento unico per la cittadinanza, mentre il passaparola è una forma di comunicazione peculiare del genere femminile che si basa sull'esperienza diretta all'interno del percorso individuale di ciascuno e del contesto sociale in cui si vive.

La somiglianza dei dati tra gli ospedali può essere attribuita ad un'omogeneità della popolazione femminile presente sul territorio, intesa non come uguaglianza tra le caratteristiche sociali di ciascuna donna ma come facente parte di un contesto territoriale e strutturale organizzato in maniera uniforme su tutto il territorio.

Ulteriore similitudine esiste tra il Presidio Ospedaliero Macedonio Melloni, la Mangiagalli e l'Azienda Ospedaliera Luigi Sacco.





Le modalità in cui le pazienti vengono a conoscenza dei servizi sanitari erogati sono quasi equivalenti.

Le motivazioni più plausibili per giustificare tali valori, oltre a quanto sopra esposto, possono essere la presenza sul territorio di tali strutture da molto tempo e la loro specializzazione su determinate patologie.

Al contrario se confrontiamo l'Istituto Nazionale per la cura dei tumori con l'Istituto Europeo di Oncologia, simili per specialità medica, nonostante come detto precedentemente si accostino ai valori medi delle altre strutture, si può notare una lieve variazione dei valori degli indicatori tra una struttura e l'altra, tale diversità assume un interessante rilievo erogando le due strutture all'incirca le medesime prestazioni.

Figura 6.8 Modalità di conoscenza dei servizi sanitari di genere presso l'Istituto Nazionale dei Tumori

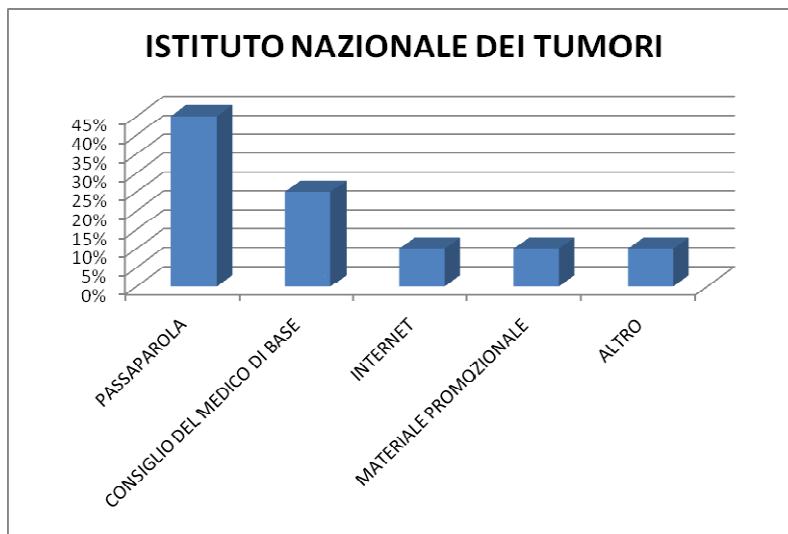
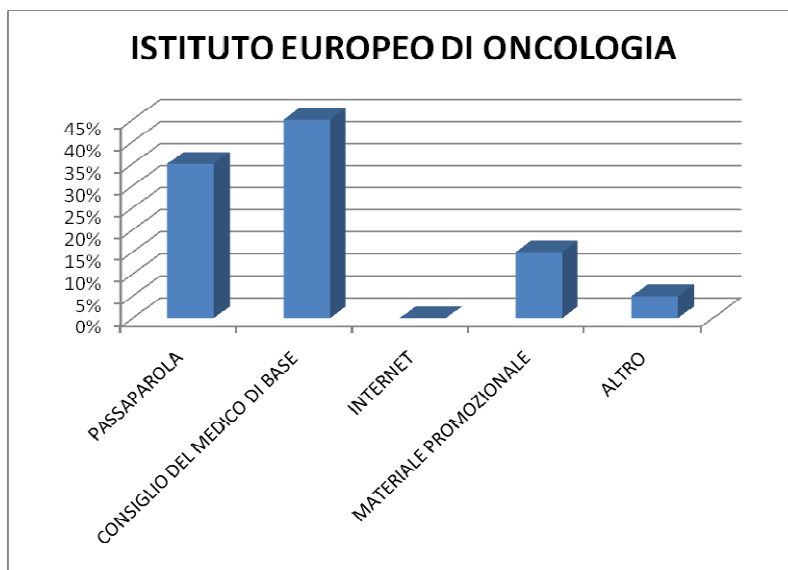


Figura 6.9 Modalità di conoscenza dei servizi sanitari di prevenzione/promozione di genere nell'Istituto Europeo di Oncologia



L'Istituto Nazionale per la cura dei tumori rappresenta da molti anni un punto di riferimento di eccellenza, motivo per la quale la conoscenza dei servizi sanitari erogati dalla struttura avvenga più per passaparola (45%) che per il consiglio del medico di base (25%), fattore comprovato dal forte indice di attrattività della struttura.

Invece l'Istituto Europeo di Oncologia è una struttura di nuova creazione, che si sta affermando come un polo sanitario di eccellenza. Le pazienti, in questo caso, vengono a conoscenza dei servizi offerti maggiormente tramite il medico di base (45%) che per passaparola (35%) essendo una struttura di recente costruzione ma rinomata all'interno del mondo medico per i luminari che vi esercitano.

I dati relativi agli ospedali presi in esame appartenenti al Cluster dell'Hinterland milanese, il Presidio Ospedaliero di Cernusco sul Naviglio e l'Ospedale di Circolo-Melegnano, si differenziano in particolare sul valore relativo all'indicatore di conoscenza dei servizi sanitari di genere per passaparola in quanto nel primo raggiunge a mala pena il 10% nel secondo arriva al 45%, diventando la prima modalità con la quale le donne vengono a conoscenza dei servizi erogati.

Tabella 6.10 Modalità di conoscenza dei servizi sanitari di prevenzione/promozione di genere disaggregati per cluster geografico (Hinterland milanese)

OSPEDALI DELL'HINTERLAND MILANESE	PASSAPAROLA	CONSIGLIO DEL MEDICO DI BASE	INTERNET	MATERIALE PROMOZIONALE	ALTRO
P.O. DI CERNUSCO SUL NAVIGLIO	10%	50%	0%	35%	5%
OSPEDALE DI CIRCOLO-MELEGNANO	45%	30%	0%	15%	10%

Tale diversità potrebbe derivare da molteplici fattori collegati alla specificità del territorio.

Figura 6.11 Modalità di conoscenza dei servizi sanitari di prevenzione/promozione di genere nel P.O. di Cernusco sul Naviglio

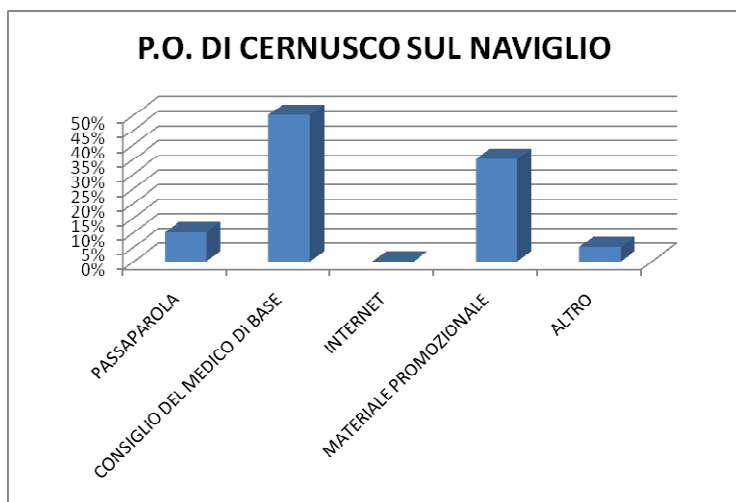
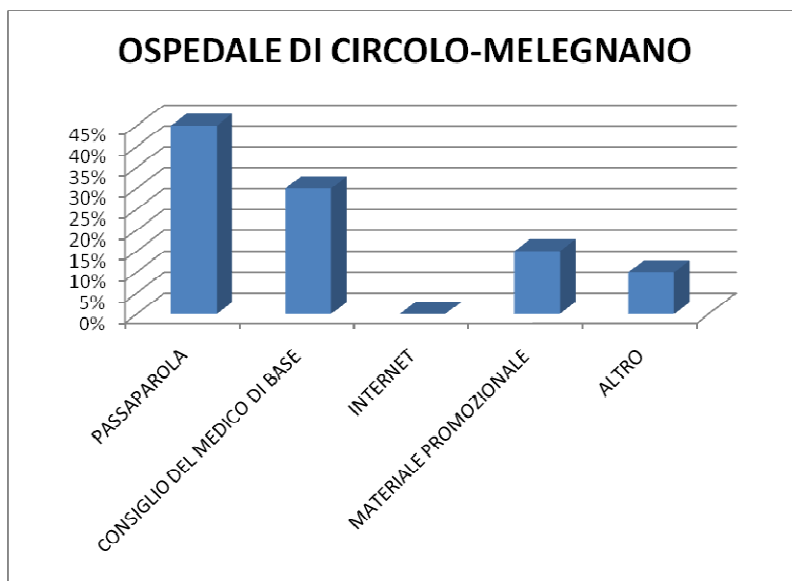


Figura 6.12 Modalità di conoscenza dei servizi sanitari di prevenzione/promozione di genere nel Ospedale di Circolo Melegnano



Osservando, invece, i dati del Cluster delle Province lombarde si può notare un mantenimento medio dei valori generali con una suddivisione in due aggregati.

Tabella 6.13 Modalità di conoscenza dei servizi sanitari di prevenzione/promozione di genere disaggregati per cluster geografico (Provincia)

OSPEDALI DI PROVINCIA	PASSAPAROLA	CONSIGLIO DEL MEDICO DI BASE	INTERNET	MATERIALE PROMOZIONALE	ALTRO
P.O. DI BUSTO ARSIZIO	0%	35%	0%	65%	0%
OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA	15%	35%	5%	45%	0%
P.O. di SARONNO	30%	35%	5%	25%	5%
OSPEDALE BOLOGNINI-SERIATE	35%	40%	5%	20%	0%
OSPEDALE DI SONDRIO	45%	50%	0%	5%	0%
OSPEDALE DI VIGEVANO	25%	35%	5%	30%	5%
OSPEDALE RIUNITI DI BERGAMO	40%	45%	5%	10%	0%

Il primo aggregato è composto dal Presidio Ospedaliero di Saronno, dall'Ospedale Bolognini-Seriate, dall'Ospedale di Sondrio, dall'Ospedale di Vigevano e dall'Ospedale Riuniti di Bergamo.

La composizione dei dati è molto simile a quelli relativi al Cluster di Milano si nota solamente un'inversione tra i valori relativi alla conoscenza tramite passaparola e consiglio del medico di base, in quanto la percentuale media relativa al primo è del 35% e del 41% per il secondo.

Figura 6.14 Modalità di conoscenza dei servizi sanitari di prevenzione/promozione di genere nel P.O. di Saronno

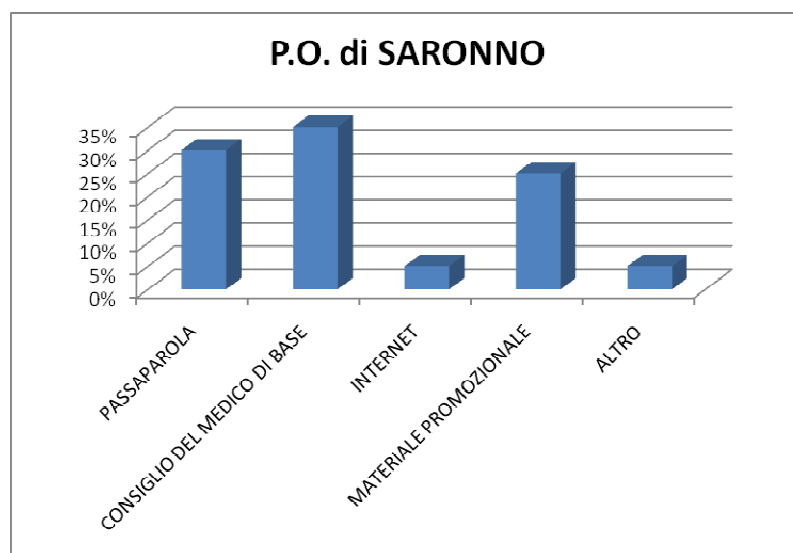


Figura 6.15 Modalità di conoscenza dei servizi sanitari di prevenzione/promozione di genere nell'Ospedale Bolognini-Seriato

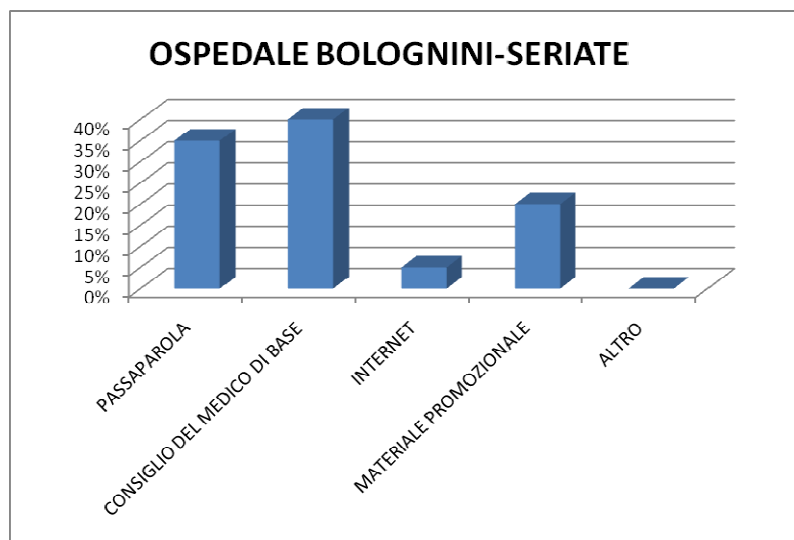


Figura 6.16 Modalità di conoscenza dei servizi sanitari di prevenzione/promozione di genere nell'Ospedale di Sondrio

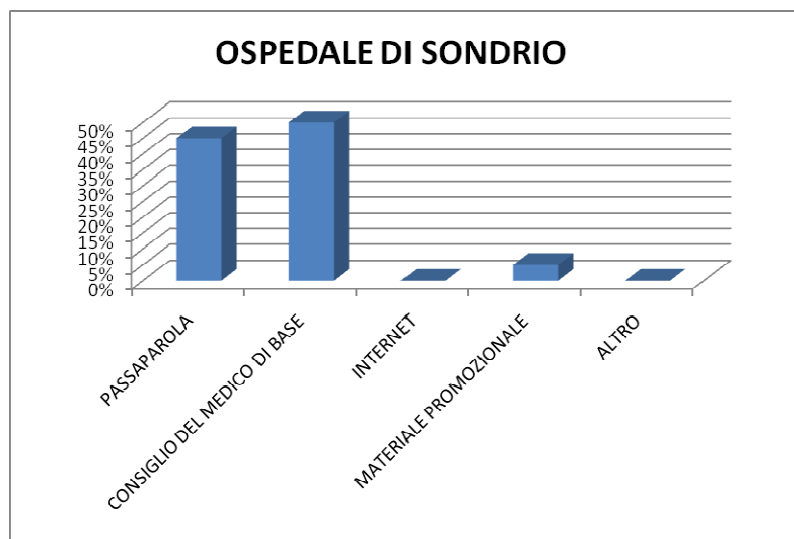


Figura 6.17 Modalità di conoscenza dei servizi sanitari di prevenzione/promozione di genere nell'Ospedale di Vigevano

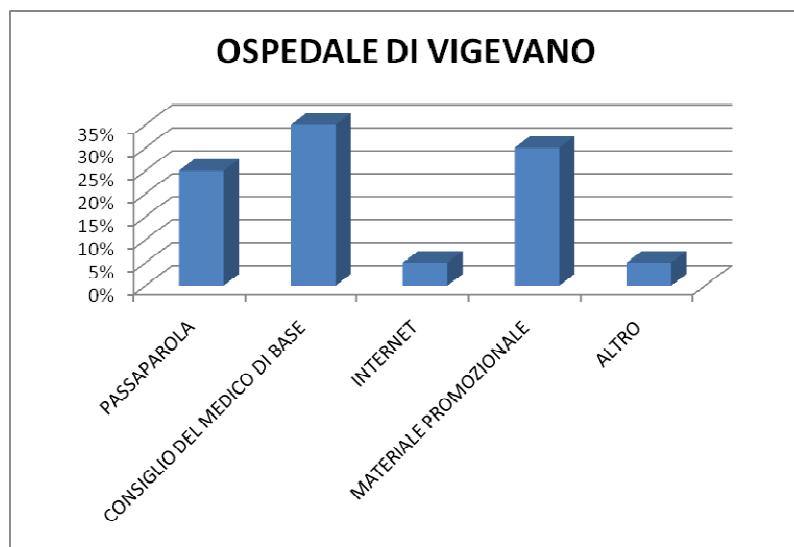
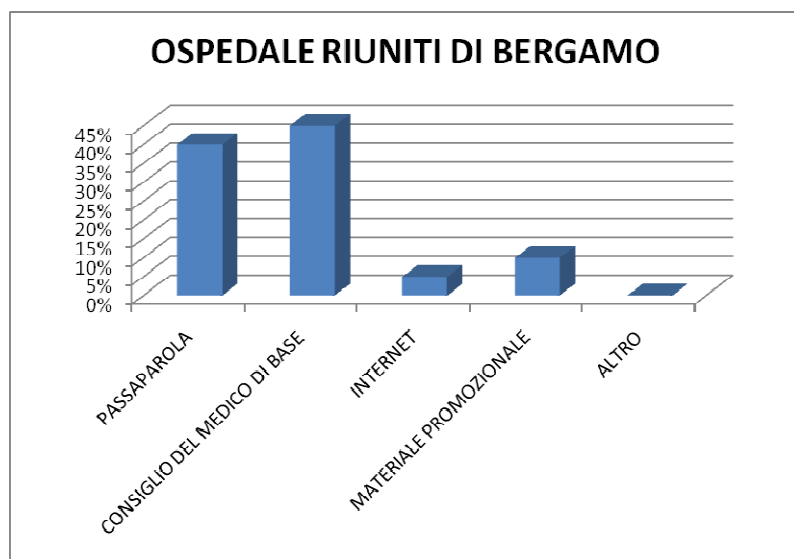


Figura 6.18 Modalità di conoscenza dei servizi sanitari di prevenzione/promozione di genere



Il secondo aggregato è rappresentato, dal Ospedale maggiore di Crema e dal Presidio Ospedaliero di Busto Arsizio; i valori medi si discostano dal resto delle strutture ospedaliere poiché vi è una preponderanza del valore relativo alla conoscenza tramite materiale promozionale.

Figura 6.19 Modalità di conoscenza dei servizi sanitari di prevenzione/promozione di genere nell'Ospedale maggiore di Crema

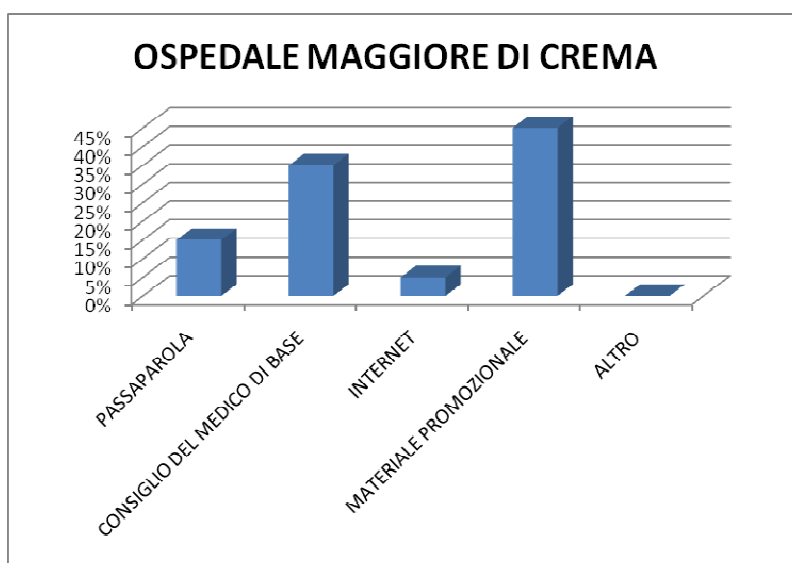
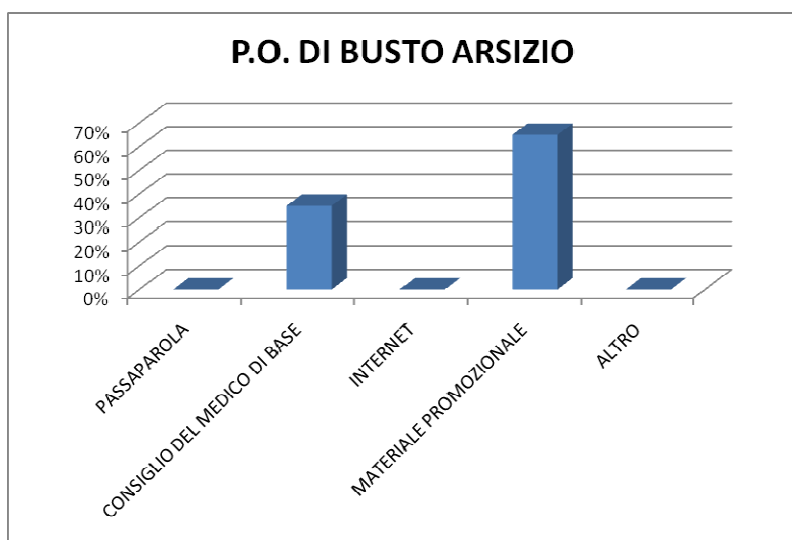


Figura 6.20 Modalità di conoscenza dei servizi sanitari di prevenzione/promozione di genere nel P. O. di Busto Arsizio



L'aspetto che colpisce maggiormente è l'assenza di passaparola nel Presidio Ospedaliero di Busto Arsizio, questo dato potrebbe essere determinato dall'utilizzo della struttura da parte delle pazienti intervistate ad un uso "privilegiato" del servizio di prevenzione del tumore al seno, il quale viene promosso attraverso materiale promozionale istituzionale dalla campagna di screening oncologico della Regione Lombardia.

Nonostante le differenze tra le strutture ospedaliere, si evince dai dati che in generale esiste una maggiore "fiducia" nelle modalità più consolidate di comunicazione rispetto a quelle più innovative, espressa attraverso la preferenza del medico di base come comunicatore preferenziale e dall'elevata risposta agli inviti individuali degli screening oncologici.

6.2 *Il ruolo della comunicazione*

Per ottenere risultati positivi in queste aree di attività è necessario sviluppare la capacità di saper gestire la comunicazione istituzionale: nonostante si siano sviluppate esperienze positive, nel prossimo futuro si dovrà diffondere in tutte le strutture del Sistema Sanitario Nazionale la consapevolezza dell'importanza strategica delle azioni comunicative e dovrà crescere parallelamente la capacità professionale nell'attuare nuove strategie.

E' evidente che tutte le tematiche sopra trattate necessitano di interventi di comunicazione strutturati.

E' fondamentale che vengano poste in essere strategie comunicative per tutte quelle tematiche per le quali l'azione informativa incide in modo rilevante nelle modifiche comportamentali rispetto ad altri strumenti.

Il responsabile della comunicazione sanitaria per attuare quanto sopra prospettato dovrà quindi presidiare quattro fattori per migliorare la qualità del rapporto tra pazienti e rete sanitaria, al fine di implementare l'efficacia dei servizi sanitari di genere:

1. Tipologia di territorio
2. Tipologia di struttura
3. Popolazione di riferimento
4. Patologia da prevenire

In tal modo si riuscirebbe ad aumentare il livello di conoscenza e di comprensione dei servizi sanitari di promozione/prevenzione di genere offerti e ad accrescere la customer satisfaction delle pazienti.

Il corretto utilizzo delle politiche di comunicazione sanitaria, tenendo conto delle relazioni tra i vari fattori, porterebbe ad un miglioramento dello stato di salute individuale e ad una riduzione delle spese gravanti sul Sistema Sanitario grazie ad una diminuzione dell'insorgenza di patologie prevenibili.

7. L'INTEGRAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI GENERE

Per ottenere una cultura sanitaria orientata all'umanizzazione delle cure è auspicabile che le pazienti partecipino attivamente sia alle decisioni che le riguardano personalmente sia alle decisioni che riguardano le scelte sanitarie della comunità di appartenenza.

Di fronte alla difficoltà di condizionare direttamente le scelte di salute individuali i servizi sanitari hanno il compito di aumentare le opportunità di promozione della salute mettendo, individui e comunità, nelle condizioni di interagire maggiormente con i servizi sanitari, di essere parte attiva della gestione delle risorse, migliorando i livelli di integrazione sanitaria.

Per integrazione si intende⁵³:

- Integrazione tra le varie fasi del percorso diagnostico terapeutico⁵⁴
- Integrazione tra i vari attori coinvolti
- Integrazione tra ospedale e territorio

⁵³ *Health Promotion glossary*, World Health Organization (1991)

⁵⁴ All'interno del percorso del paziente

I precedenti obiettivi possono essere raggiunti attraverso la “ *presa in carico*”⁵⁵ della paziente con lo scopo di migliorare l’efficacia clinica e l’efficienza organizzativa, facilitando l’integrazione tra la paziente e le diverse figure sanitarie (medico specialista, MMG, personale sanitario, e più in generale tra azienda e territorio).

Agendo e seguendo tali obiettivi si semplificherebbe il percorso assistenziale pur garantendo la continuità terapeutica e il migliore utilizzo delle risorse.

L’integrazione delle diverse fasi del percorso diagnostico terapeutico risulta per la salute della donna un fattore determinante.

Come già evidenziato la donna, per le caratteristiche socio culturali del suo ruolo all’interno della società e della famiglia, dispone di minor tempo da dedicare a la propria salute.

Inoltre in quei casi in cui la donna affetta da una determinata patologia necessita il ricovero in ospedale, viene a mancare all’interno del nucleo familiare, nel quale ricopre un ruolo chiave, una figura fondamentale. (WHO, 2002)

A tale evidenza si vanno a sommare gli aspetti psicosociali che la contraddistinguono. Come dichiarato da molteplici operatori sanitari intervistati e confermato da numerose ricerche svolte⁵⁶, l’uomo e la donna hanno reazioni differenti al manifestarsi della malattia.

Allo stress psicologico provato dallo stato di malattia individuale va infatti a sommarsi nel caso della donna, la preoccupazione per l’assenza della propria figura all’interno della famiglia durante i giorni del ricovero.

Ulteriore stress per la donna emerge nei casi in cui il manifestarsi di una determinata patologia provochi il mutamento del proprio aspetto. Pensiamo ad esempio in caso di tumore al seno quando si necessita dell’asportazione: in questi casi la celerità tra la diagnostica e l’intervento risulta fondamentale per diminuire l’impatto psicologico della

⁵⁵ Per ulteriori approfondimenti si rimanda al testo *La salute delle donne: un diritto in costruzione*, Ministero della Salute (2008)

⁵⁶ *Unequal, unfair, ineffective and inefficient: gender inequity in health: Why it exists and how we can change it*, Sen G, Östlin P, George A.(2007)

malattia sulla donna. Anche questa sfaccettatura si può affermare essere una peculiarità femminile.

Si può quindi asserire che un maggior livello di integrazione dei servizi sanitari di genere, per i fattori sopraesposti, porti ad un maggior livello di efficacia e ad un miglior stato di salute delle donne, inteso come benessere fisico e psicologico.

7.1 *Indicatori di integrazione*

Sono stati a tale proposito creati degli indicatori che permettano di valutare tali aspetti:

- Numero di percorsi di genere integrati formalizzati

I percorsi di genere integrati⁵⁷ presenti negli ospedali analizzati, ove sussistono, non sono formalizzati.

I percorsi di genere, avendo l'obiettivo di realizzare un servizio unitario ma al tempo stesso multiplo, ovvero composto da più prestazioni, si mettono in contrapposizione, dal punto di vista organizzativo, alle modalità classiche di erogazione dei servizi, le quali sono organizzate secondo prassi gerarchico funzionali, tipiche del Sistema Sanitario.

La nuova modalità di erogazione dei servizi prevede un approccio trasversale che "taglia" le gerarchie funzionali e organizzative delle quali si compongono le strutture ospedaliere creando in tal modo difficoltà alla formalizzazione.

⁵⁷ In letteratura si parla in maniera generalista di percorso diagnostico terapeutico non declinandolo in un'ottica di genere per maggiori delucidazioni relative al PDT si rimanda al Rapporto OASI "L'aziendalizzazione in sanità" (2001)

Sono molte le resistenze al cambiamento, provocate da una auspicata riorganizzazione dei servizi sanitari di genere da parte degli attori coinvolti poiché destabilizzerebbe le attuali gerarchie.

La creazione di percorsi integrati comporterebbe non solo un miglioramento dello stato di salute delle pazienti ma anche un miglior utilizzo delle risorse sia economiche che umane degli ospedali, attraverso un aumento delle economie di scala.

- Tempo medio di attesa tra la diagnosi e l'intervento chirurgico nel reparto di ostetricia- ginecologia

Tabella 7.1 Tempo medio di attesa tra la diagnosi e l'intervento chirurgico nel reparto di ostetricia- ginecologia negli ospedali presi in esame

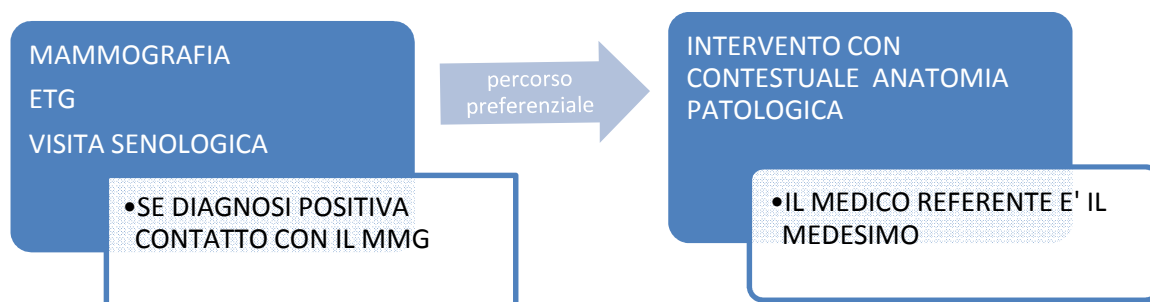
OSPEDALE	DEGENZA MEDIA PREOPERATORIA
ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA	1,28
ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI	1,81
P.O. MACEDONIO MELLONI	-
MANGIAGALLI	2,52
P.O. DI BUSTO ARSIZIO	2,21
P.O. DI CERNUSCO SUL NAVIGLIO	-
OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA	1,66
OSPEDALE DI CIRCOLO-MELEGNANO	1,49
P.O. di SARONNO	-
OSPEDALE BOLOGNINI-SERiate	1,2
OSPEDALE DI SONDRIO	1,45
OSPEDALE DI VIGEVANO	-
OSPEDALE RIUNITI DI BERGAMO	2,14
A.O. LUIGI SACCO	2,12

Fonte: Regione Lombardia

L'utilizzo di questo indicatore ci permette di valutare la degenza media preoperatoria nei reparti di ostetricia-ginecologia degli ospedali presi in esame. Si sono scelti i suddetti reparti poiché rappresentano le divisioni principali nelle quali viene ospedalizzata la donna nel corso della propria vita. Tali valori ci permettono di valutare un "tassello" dell'efficienza del percorso diagnostico terapeutico.

All'interno degli ospedali analizzati la degenza media preoperatoria varia dal 1,2 dell'Ospedale Bolognini di Seriate, che avrà quindi un maggior livello di integrazione fino al 2,52 dell'Ospedale Mangiagalli. Il medesimo indicatore può essere declinato per ciascun reparto a seconda degli scopi dell'indagine.

Durante lo sviluppo di questa ricerca si sono riscontrati dei casi di eccellenza in cui sono stati creati dei percorsi integrati che permettono da un lato la presa in carico della paziente e dall'altro un miglior utilizzo delle risorse disponibili. Le modalità di attuazione variano a seconda delle aree di appartenenza. Un caso esemplificativo analizzato è rappresentato dal percorso senologico nel quale si è riusciti in alcune strutture a creare delle metodologie di lavoro, anche se non formalizzate che consentono un migliore utilizzo delle risorse.



presa in carico della paziente da parte di un team manager →

Tale eccellenza fa emergere l'esigenza di valutare alcuni fattori nodali che permettono di comprendere aspetti che possono implementare l'integrazione sanitaria.

Un elemento da esplicitare è l'esistenza di un "*case manager*" con un team dedicato per ogni paziente in modo da poter valutare l'effettiva "presa in carico" di ogni individuo mediante la formulazione di un percorso diversificato in base alle esigenze di tipo clinico, assistenziale e funzionale.

Il percorso diagnostico assistenziale integrato prevede una presa in carico da parte di un *team* di specialisti a seconda della patologia, che consideri tutte le componenti della salute: medico biologiche, psicologiche, organizzativo sociali. Il team d'intervento supera la concezione del malato come "oggetto" da curare (valutazione multidimensionale), progettando il piano assistenziale più idoneo. Il team valorizza le responsabilità individuali nella promozione degli stili di vita idonei a mantenere lo stato di salute degli individui e della collettività, migliorando la qualità delle prestazioni erogate. In tal modo si cerca di avviare percorsi condivisi con la rete sociosanitaria del territorio, coinvolgendo i medici di medicina generale che conoscono maggiormente la storia sanitaria di ciascuna paziente, e garantiscono, in tal modo una maggiore continuità assistenziale.

Si può quindi sostenere che per realizzare un progetto di efficacia organizzativa risulta necessario tenere conto anche del:

- Numero medici referenti per paziente

- Esistenza di sistemi integrati con i MMG

Risulta quindi necessario per garantire un buon livello di integrazione sanitaria che i responsabili di ogni struttura ospedaliera si prefissino molteplici obiettivi:

- a. presa in carico della paziente
- b. facilitare l'integrazione tra il paziente, i medici specialisti, i medici di medicina generale, il personale sanitario, l'Azienda Ospedaliera ed il territorio
- c. semplificare il percorso assistenziale
- d. garantire la continuità assistenziale terapeutica
- e. migliorare l'utilizzo delle risorse

Figura 7.2 Integrazione tra gli ospedale e territorio



L'integrazione tra l'ospedale ed il territorio crea un legame fiduciario tra la paziente e la struttura ospedaliera, che può essere valutato attraverso l'utilizzo di una serie di indicatori.

Il primo elemento da valutare è se a seguito dell'utilizzo di un servizio sanitario di prevenzione di genere le donne intervistate abbiano usufruito di altri servizi di prevenzione presso la medesima struttura.

- Numero di pazienti che hanno usufruito a seguito dell'utilizzo di un servizio di prevenzione di genere di altri servizi sanitari di genere

$$\frac{\text{Numero di pazienti che hanno usufruito a seguito dell'utilizzo di un servizio di prevenzione di genere di altri servizi sanitari di genere}}{\text{Numero donne che hanno utilizzato i servizi sanitari di genere}} \times 100$$

Un secondo fattore preso in esame è l'utilizzo da parte delle donne di un servizio di cura presso la struttura ospedaliera in cui avevano usufruito di un servizio sanitario di prevenzione di genere. Rimanendo a curarsi nel medesimo ospedale le donne mostrano fiducia verso il presidio ospedaliero prescelto.

- Numero di pazienti che hanno usufruito a seguito dell'utilizzo di un servizio di prevenzione di genere di un servizio di cura presso la medesima struttura

$$\frac{\text{Numero di pazienti che hanno usufruito a seguito dell'utilizzo di un servizio di prevenzione di genere di un servizio di cura presso la medesima struttura}}{\text{Numero donne che hanno utilizzato i servizi sanitari di genere}} \times 100$$

Può invece capitare che a seguito dell'utilizzo di un servizio sanitario di prevenzione di genere le pazienti decidano di cambiare struttura ospedaliera se necessitano di cure specifiche. E' stato quindi creato un indicatore che permette di valutare la percentuale di donne che compie questa scelta.

- Numero di pazienti che hanno usufruito a seguito dell'utilizzo di un servizio di prevenzione di genere di un servizio di cura presso un'altra struttura

$$\frac{\text{Numero di pazienti che hanno usufruito a seguito dell'utilizzo di un servizio di prevenzione di genere di un servizio di cura presso un'altra struttura}}{\text{Numero donne che hanno utilizzato i servizi sanitari di genere}} \times 100$$

L'utilizzo dei servizi di prevenzione di genere può portare ad un cambiamento nello stile di vita e nelle abitudini delle donne, se le stesse ripongono fiducia e stima nel medico curante. Sono quindi stati creati due indicatori ad hoc:

- Numero di pazienti che a seguito dell'utilizzo di un servizio di prevenzione di genere hanno cambiato abitudini

$$\frac{\text{Numero di pazienti che a seguito dell'utilizzo di un servizio di prevenzione di genere hanno cambiato abitudini}}{\text{Numero donne che hanno utilizzato i servizi sanitari di genere}} \times 100$$

- Numero di pazienti che a seguito dell'utilizzo di un servizio di prevenzione di genere hanno cambiato stili di vita

$$\frac{\text{Numero di pazienti che a seguito dell'utilizzo di un servizio di prevenzione di genere hanno cambiato stili di vita}}{\text{numero donne che hanno utilizzato i servizi sanitari di genere}} \times 100$$

Ultimo fattore che può mostrare una minore o una maggiore fiducia verso il presidio ospedaliero prescelto è rappresentato dal suggerimento di tale struttura e dei relativi servizi ad altre persone:

- Numero di pazienti che a seguito dell'utilizzo di un servizio di prevenzione di genere hanno portato altre persone presso la struttura

$$\frac{\text{Numero di pazienti che a seguito dell'utilizzo di un servizio di prevenzione di genere hanno portato altre persone presso la struttura}}{\text{Numero donne che hanno utilizzato i servizi sanitari di genere}} \times 100$$

Tabella 7.3 Comportamenti a seguito dell'utilizzo dei servizi sanitari di genere

COMPORTAMENTI DELLE PAZIENTI A SEGUITO DELL'UTILIZZO DEI SERVIZI							
UTILIZZO ALTRI SERVIZI PREV/PROM PRESSO STRUTTURA	UTILIZZO SERVIZI DI CURA PRESSO LA MEDESIMA STRUTTURA	UTILIZZO SERVIZI PRESSO UN'ALTRA STRUTTURA	HO CAMBIATO STILE DI VITA	HO CAMBIATO ABITUDINI	HO PORTATO ALTRE PERSONE	ALTRO	NESSUNO
10%	30%	4%	13%	7%	13%	1%	21%

Il 30% delle donne intervistate dichiara di aver utilizzato servizi di cura ed il 10% altri servizi sanitari di prevenzione di genere presso la medesima struttura in cui hanno usufruito dei servizi sanitari di prevenzione di genere, e solamente il 4% afferma di essersi recata presso un altro presidio ospedaliero. Questo dato non solo esplicita l'instaurazione di un rapporto di fiducia tra le pazienti e le strutture ospedaliere ma la "vicinanza" degli ospedali al territorio, i quali sono stati in grado di comprendere e di interpretare i bisogni delle comunità territoriali di riferimento raggiungendo un buon livello di commitment.⁵⁸

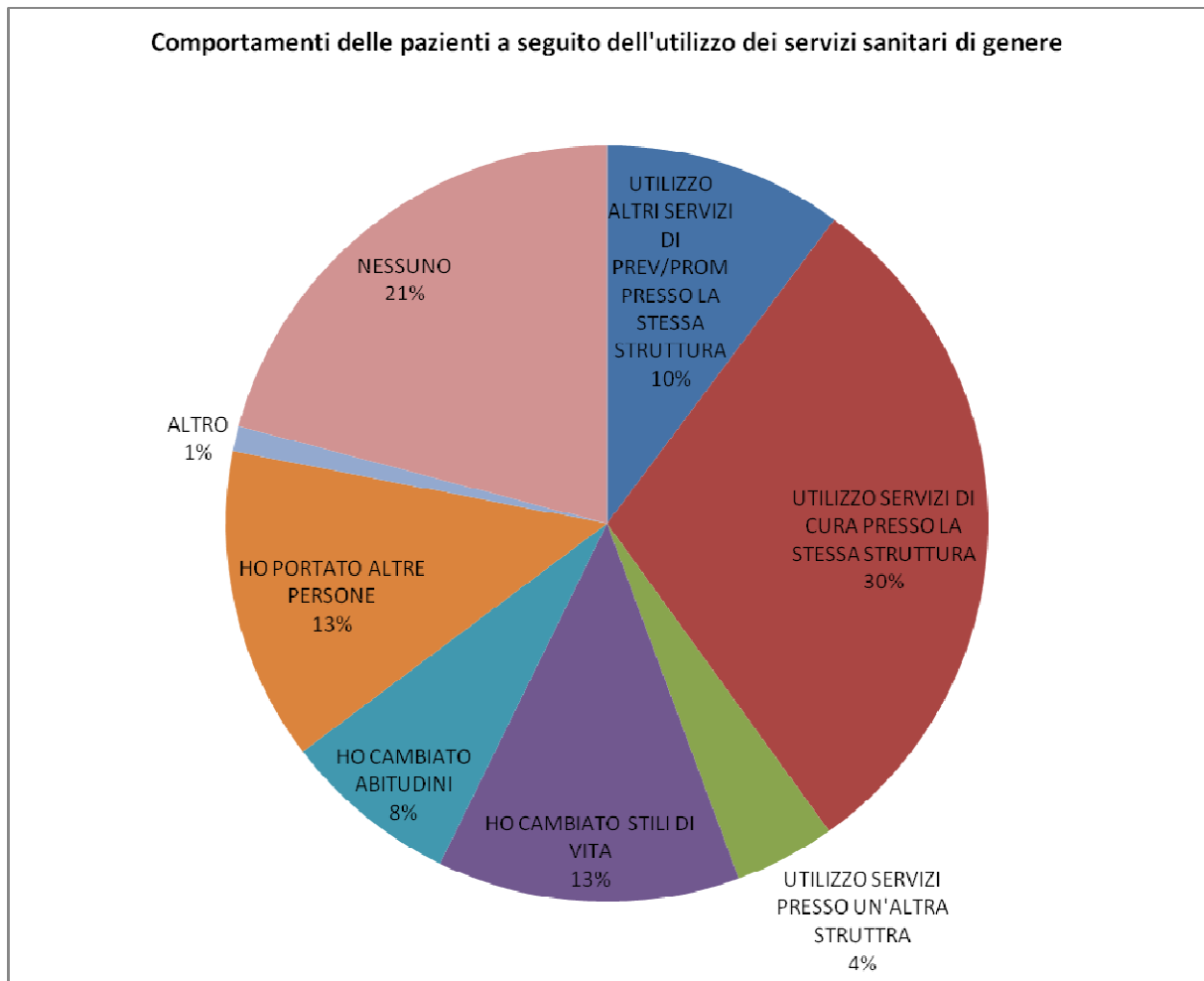
Il 13% invece ha affermato di aver cambiato stili di vita in seguito all'utilizzo dei servizi sanitari di genere offerti dai presidi ospedalieri ed il 13% di aver portato altre persone presso la struttura ospedaliera.

Tali valori, non solo rappresentano un buon livello di integrazione ma confermano l'ipotesi secondo la quale la donna sia diventata un "conduttore" all'interno della rete sanitaria, che permette il verificarsi di un circolo virtuoso che porta alla diffusione di stili di vita corretti e di buone pratiche di salute.

⁵⁸ Per **commitment** si intende il risultato delle politiche, delle scelte strategiche, delle modalità gestionali utilizzate dai vertici aziendali, ma anche dei rapporti di potere, dei conflitti, del clima psicologico e organizzativo di una organizzazione.

Infine il 21% delle pazienti dichiara di non aver avuto nessun comportamento a seguito dell'utilizzo dei servizi sanitari di genere. Si può quindi dedurre che nonostante ci sia mediamente un buon livello di integrazione tra gli ospedali presi in esame e la popolazione di riferimento, esistono ancora spazi di miglioramento realizzabili.

Figura 7.4 Comportamenti a seguito dell'utilizzo dei servizi sanitari di genere



Gli indicatori sopradescritti si possono declinare per ogni singola struttura analizzata:

- Numero di pazienti che hanno usufruito a seguito dell'utilizzo di un servizio di prevenzione di genere di altri servizi sanitari di genere nella struttura (Y)

$$\frac{\text{Numero di pazienti che hanno usufruito a seguito dell'utilizzo di un servizio di prevenzione di genere di altri servizi sanitari di genere nella struttura (Y)}}{\text{Numero donne che hanno utilizzato i servizi di genere nella struttura (Y)}} \times 100$$

- Numero di pazienti che hanno usufruito a seguito dell'utilizzo di un servizio di prevenzione di genere di un servizio di cura presso la medesima struttura (Y)

$$\frac{\text{Numero di pazienti che hanno usufruito a seguito dell'utilizzo di un servizio di prevenzione di genere di un servizio di cura presso la medesima struttura (Y)}}{\text{Numero donne che hanno utilizzato i servizi di genere nella struttura (Y)}} \times 100$$

- Numero di pazienti che hanno usufruito a seguito dell'utilizzo di un servizio di prevenzione di genere nella struttura (Y) di un servizio di cura presso un'altra struttura

$$\frac{\text{Numero di pazienti che hanno usufruito a seguito dell'utilizzo di un servizio di prevenzione di genere nella struttura (Y) di un servizio di cura presso un'altra struttura}}{\text{Numero donne che hanno utilizzato i servizi di genere nella struttura (Y)}} \times 100$$

- Numero di pazienti che a seguito dell'utilizzo di un servizio di prevenzione di genere nella struttura (Y) hanno cambiato stile di vita

$$\frac{\text{Numero di pazienti che a seguito dell'utilizzo di un servizio di prevenzione di genere nella struttura (Y) hanno cambiato stile di vita}}{\text{Numero di donne che hanno utilizzato i servizi sanitari di genere nella struttura(Y)}} \times 100$$

- Numero di pazienti che a seguito dell'utilizzo di un servizio di prevenzione di genere nella struttura (Y) hanno portato altre persone presso la struttura

$$\frac{\text{Numero di pazienti che a seguito dell'utilizzo di un servizio di prevenzione di genere nella struttura (Y) hanno portato altre persone presso la struttura(Y)}}{\text{Numero donne che hanno utilizzato i servizi sanitari di genere nella struttura (Y)}} \times 100$$

Tabella 7.5 Comportamenti a seguito dell'utilizzo dei servizi sanitari di genere nelle singole strutture

COMPORAMENTI A SEGUITO DELL'UTILIZZO DEI SERVIZI SANITARI DI GENERE NELLE SINGOLE STRUTTURE								
OSPEDALI	UTILIZZO ALTRI SERVIZI DI PREV/PROM PRESSO LA STESSA STRUTTURA	UTILIZZO SERVIZI DI CURA PRESSO LA STESSA STRUTTURA	UTILIZZO SERVIZI PRESSO UN'ALTRA STRUTTRA	HO CAMBIATO STILI DI VITA	HO CAMBIATO ABITUDINI	HO PORTATO ALTRE PERSONE	ALTRO	NESSUNO
ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA	0%	38%	6%	13%	6%	19%	0%	19%
ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI	20%	27%	7%	7%	0%	20%	0%	20%
P.O. MACEDONIO MELLONI	20%	10%	10%	20%	10%	30%	0%	0%
MANGIAGALLI	0%	27%	0%	27%	9%	9%	0%	27%
P.O. DI BUSTO ARSIZIO	5%	20%	0%	10%	5%	5%	5%	50%
P.O. DI CERNUSCO SUL NAVIGLIO	21%	36%	0%	7%	0%	14%	0%	21%
OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA	8%	33%	8%	0%	8%	0%	0%	42%
OSPEDALE DI CIRCOLO-MELEGNANO	13%	25%	0%	38%	0%	0%	0%	25%
P.O. di SARONNO	20%	27%	7%	13%	7%	13%	0%	13%
OSPEDALE BOLOGNINI-SERiate	20%	30%	0%	0%	30%	0%	0%	20%
OSPEDALE DI SONDRIO	0%	33%	0%	22%	11%	11%	6%	17%
OSPEDALE DI VIGEVANO	13%	44%	6%	6%	13%	19%	0%	0%
OSPEDALE RIUNITI DI BERGAMO	0%	40%	10%	20%	0%	20%	0%	10%
A.O. LUIGI SACCO	8%	25%	8%	8%	8%	25%	0%	17%

I risultati variano molto tra una struttura ospedaliera e l'altra.

Le donne a seguito dell'utilizzo dei servizi sanitari di promozione/prevenzione di genere usufruiscono prevalentemente dei servizi di cura presso le medesime strutture (in 11 presidi ospedalieri). Esiste quindi un rapporto di fiducia abbastanza consolidato tra le pazienti e le strutture analizzate.

Nell'Ospedale di Circolo di Melegnano la maggior parte delle donne intervistate dichiara di aver cambiato stile di vita dopo aver usufruito dei servizi sanitari presso la struttura. Si può quindi affermare che il livello di integrazione sia molto elevato, poiché sussiste un livello di fiducia tale da portare le pazienti a modificare il proprio comportamento.

In contrasto con la maggior parte degli ospedali del campione si pongono il Presidio Ospedaliero di Busto Arsizio e l'Ospedale maggiore di Crema le cui pazienti dichiarano prevalentemente (50% e 42%) di non aver avuto nessun comportamento a seguito dell'utilizzo dei servizi sanitari di genere. Risulta quindi necessario che ripensino alle loro strategie d'azione.

Figura 7.6 Comportamenti a seguito dell'utilizzo dei servizi sanitari di genere presso L'Istituto Europeo di Oncologia

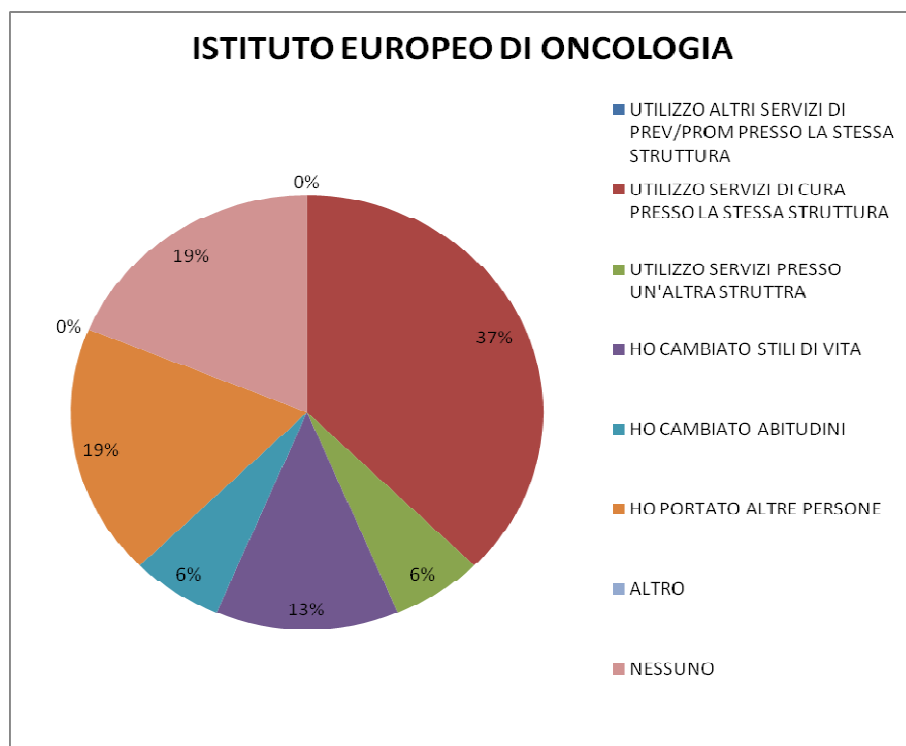


Figura 7.7 Comportamenti a seguito dell'utilizzo dei servizi sanitari di genere presso l'Istituto Nazionale per la cura dei tumori

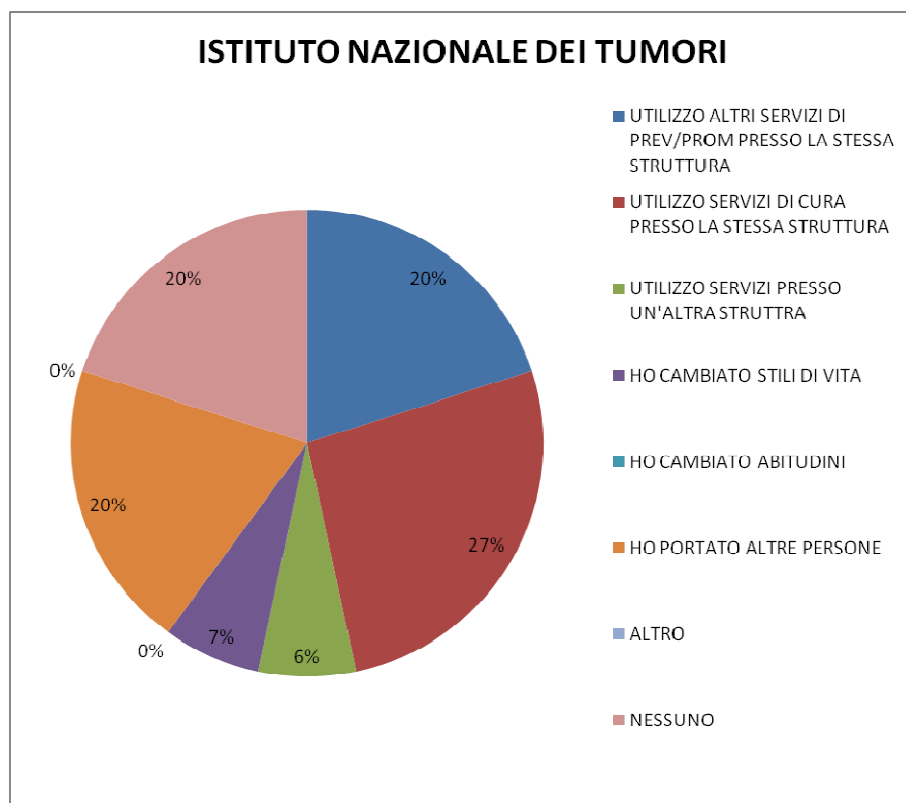


Figura 7.8 Comportamenti a seguito dell'utilizzo dei servizi sanitari di genere presso il P.O. Macedonio Melloni

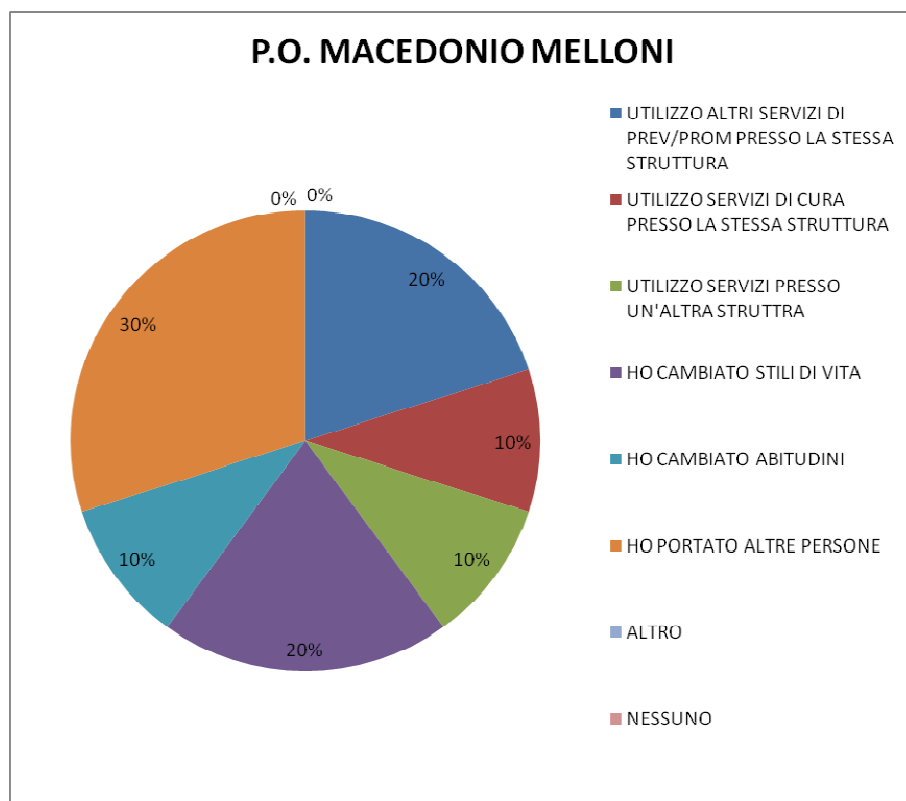


Figura 7.9 Comportamenti a seguito dell'utilizzo dei servizi sanitari di genere presso il P.O. Mangiagalli

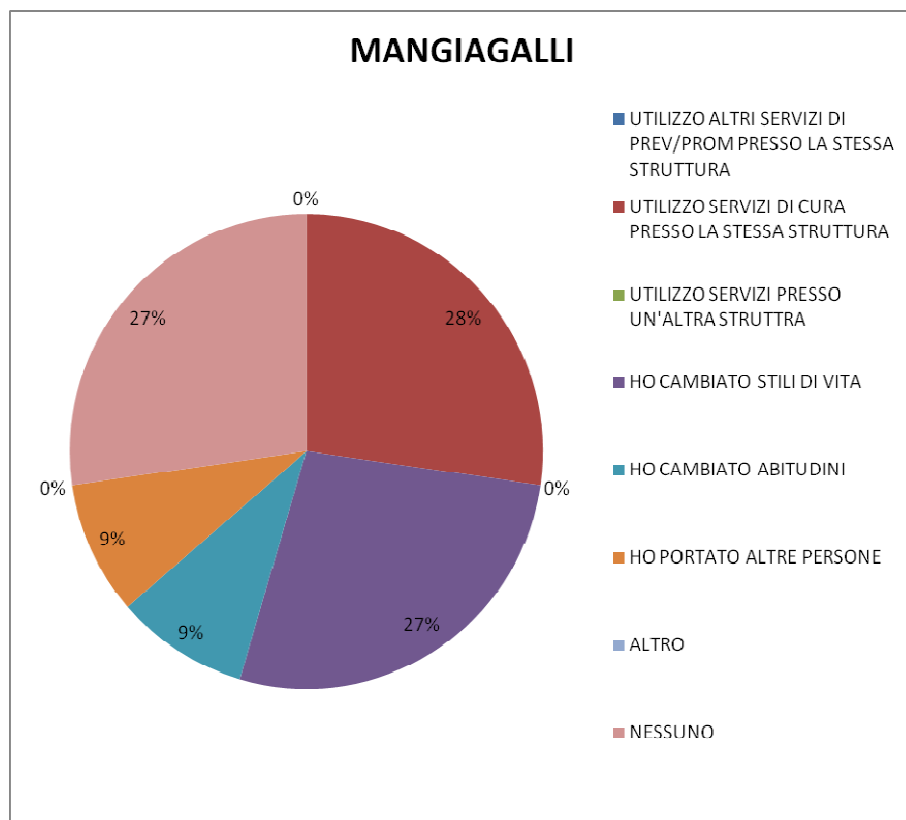


Figura 7.10 Comportamenti a seguito dell'utilizzo dei servizi sanitari di genere presso il P.O. di Busto Arsizio

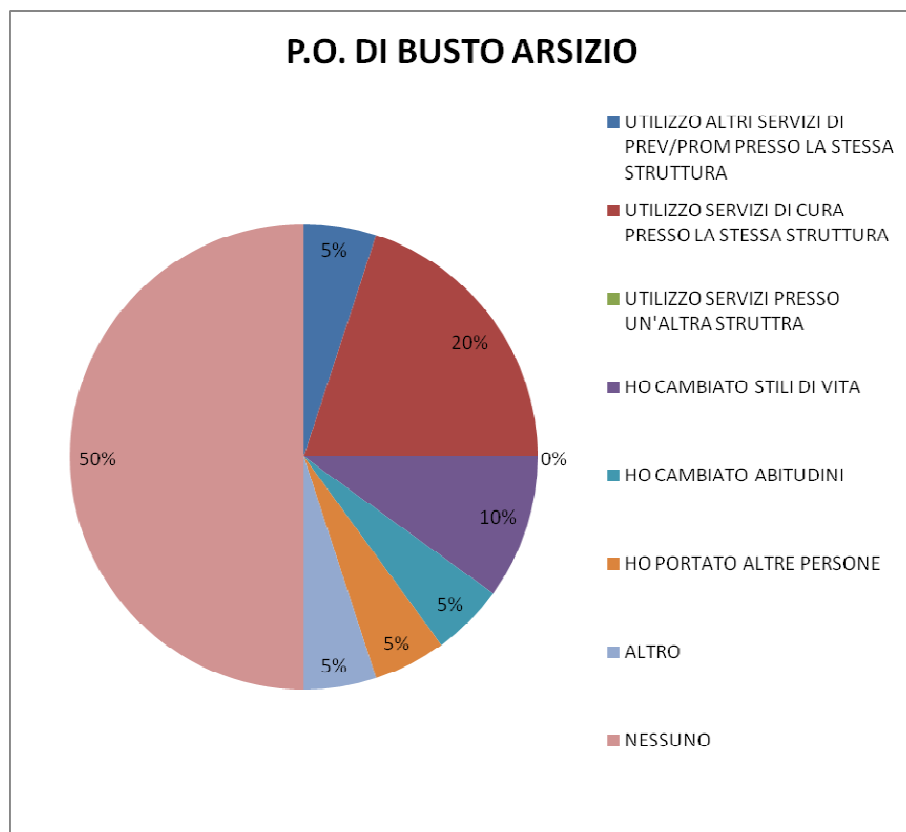


Figura 7.11 Comportamenti a seguito dell'utilizzo dei servizi sanitari di genere presso il P.O. Macedonio Melloni

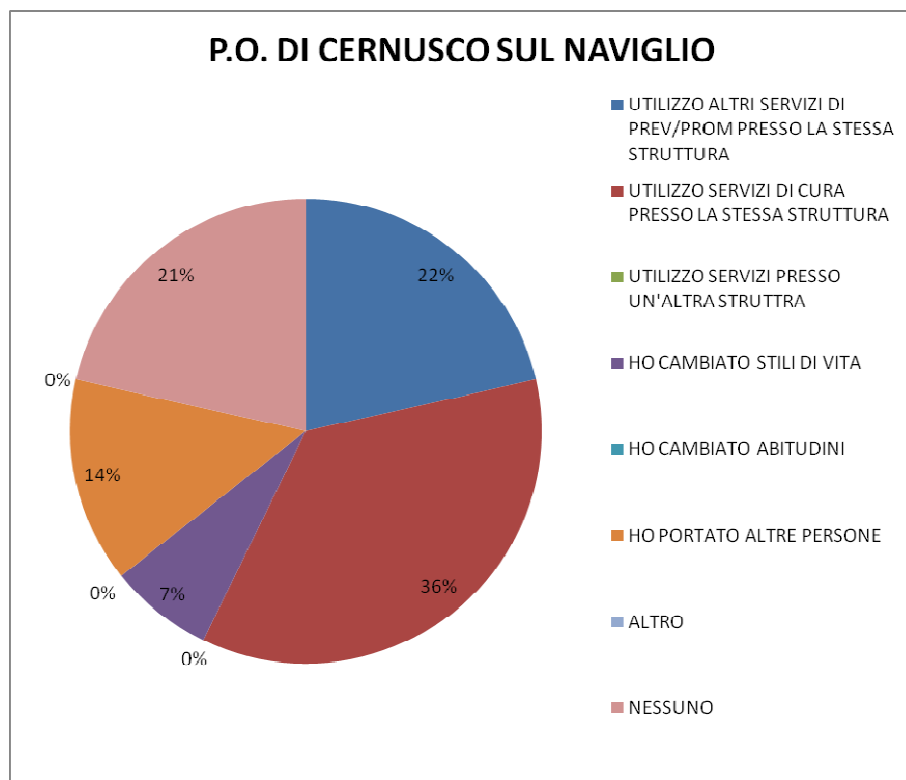


Figura 7.12 Comportamenti a seguito dell'utilizzo dei servizi sanitari di genere presso l'Ospedale maggiore di Crema

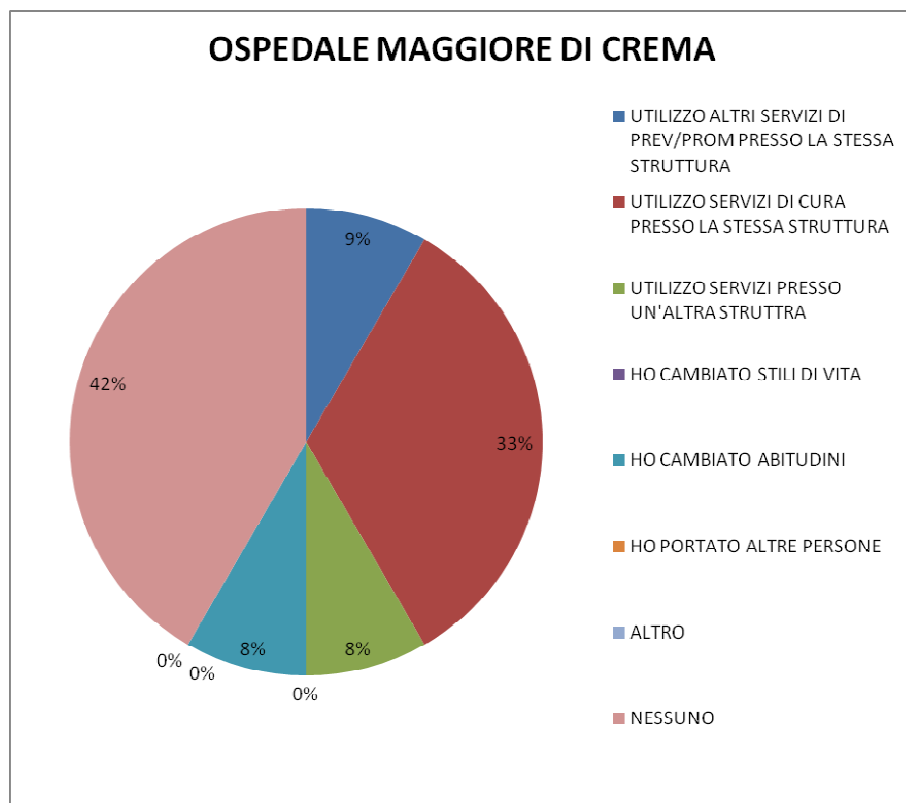


Figura 7.13 Comportamenti a seguito dell'utilizzo dei servizi sanitari di genere presso l'Ospedale di Circolo-Melegnano

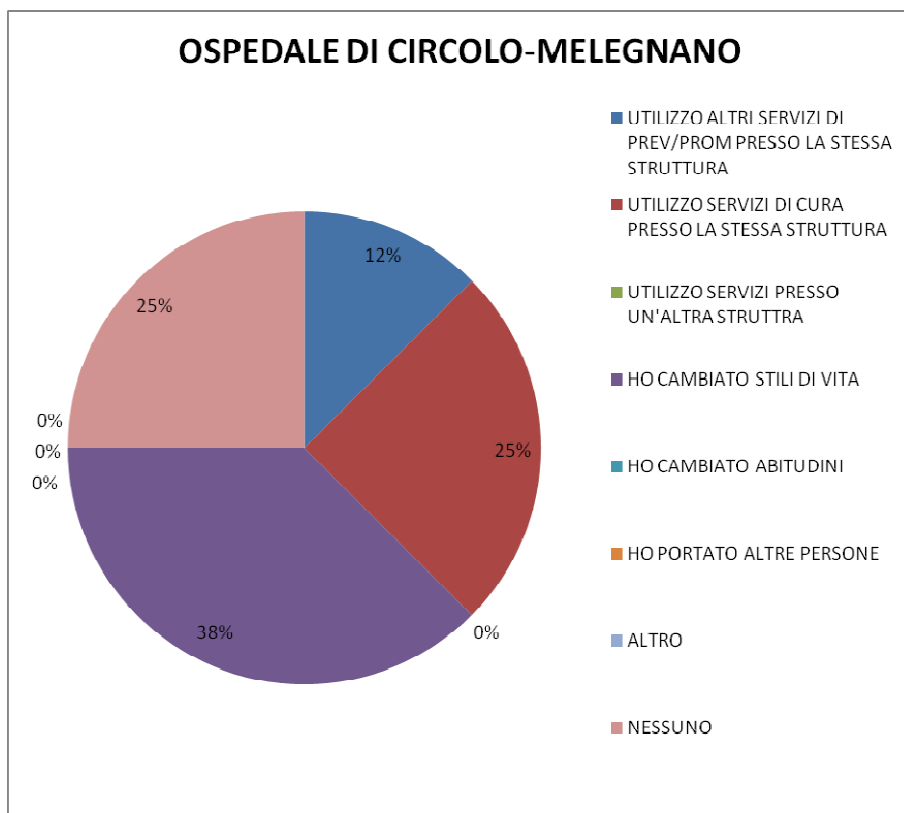


Figura 7.14 Comportamenti a seguito dell'utilizzo dei servizi sanitari di genere presso il P.O. di Saronno

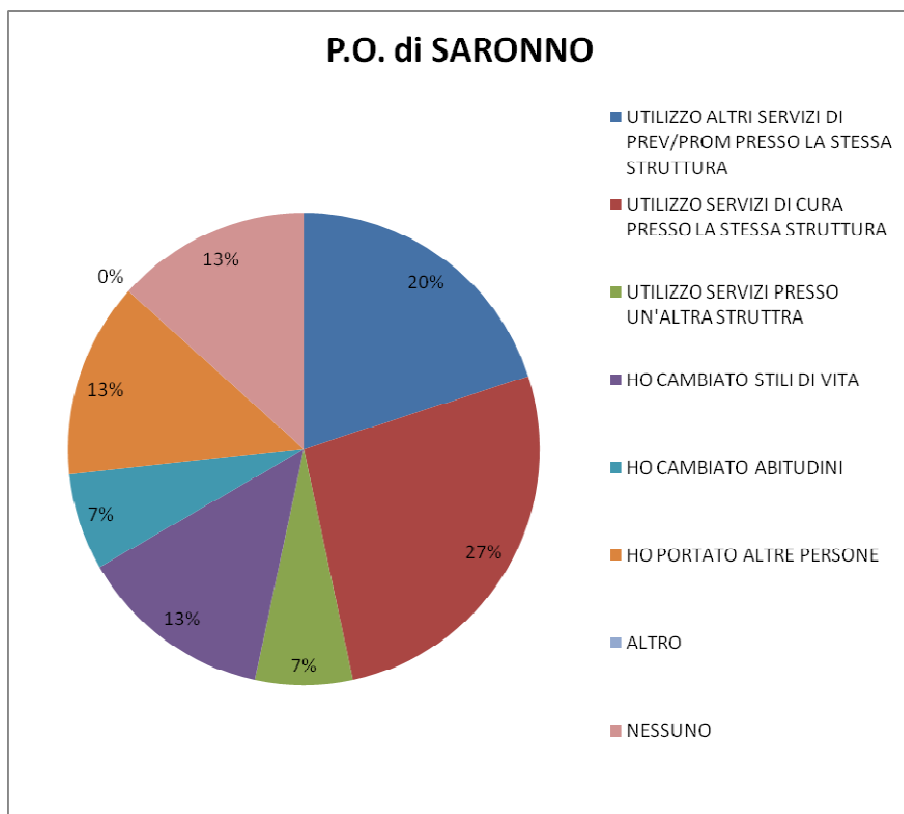


Figura 7.15 Comportamenti a seguito dell'utilizzo dei servizi sanitari di genere presso l'Ospedale Bolognini-Seriante

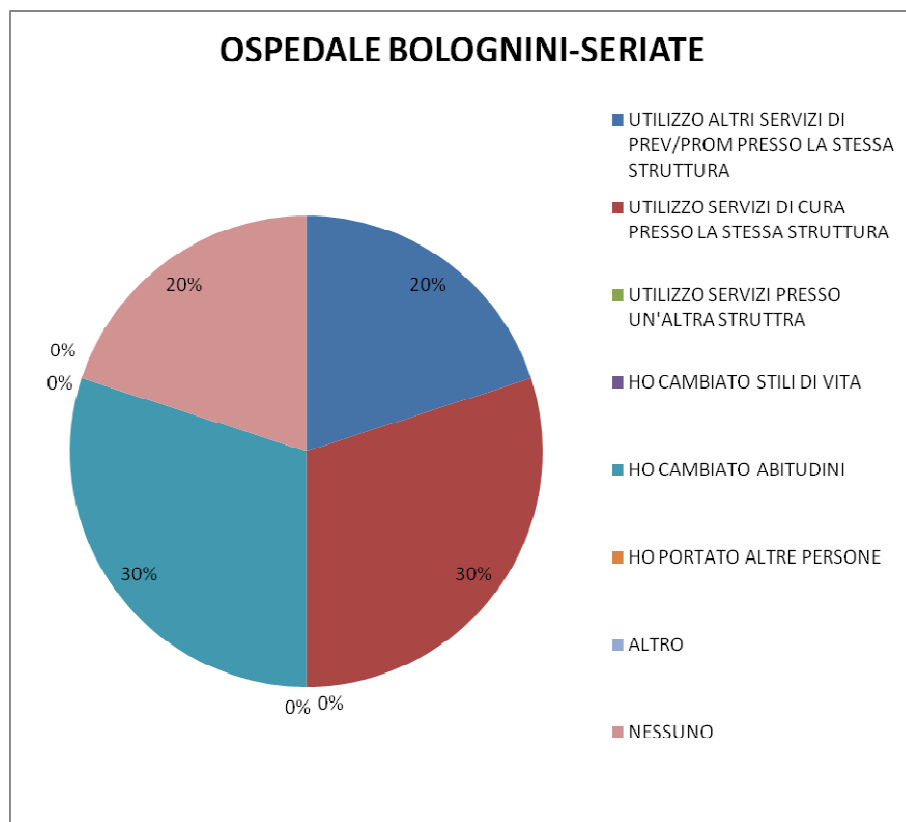


Figura 7.16 Comportamenti a seguito dell'utilizzo dei servizi sanitari di genere presso l'Ospedale di Sondrio

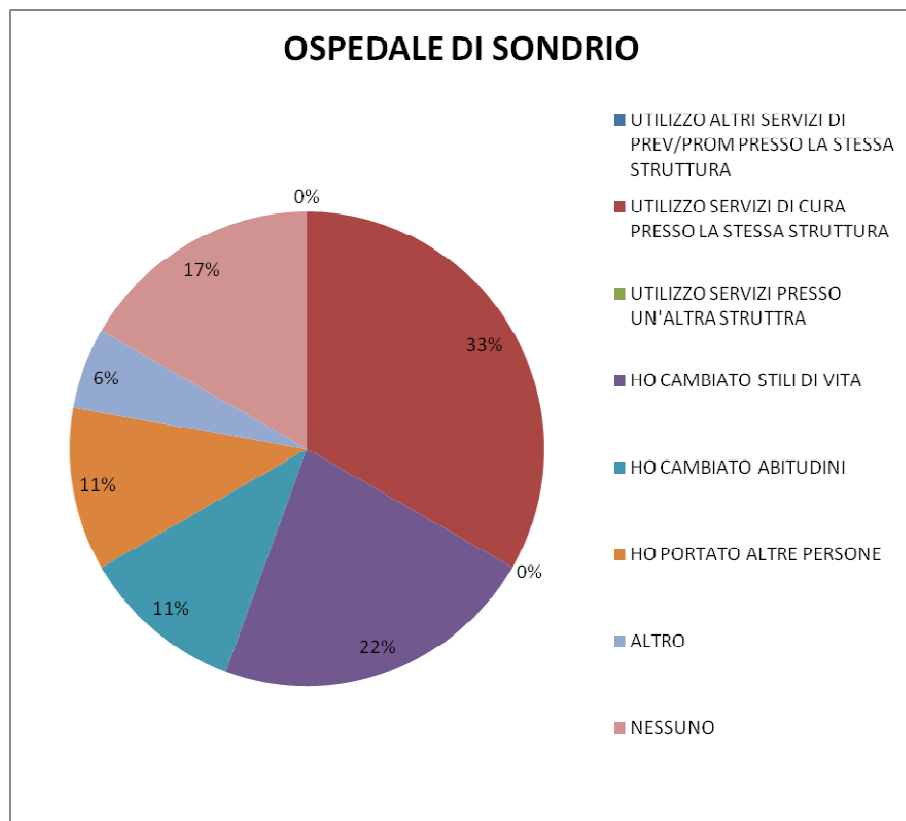


Figura 7.17 Comportamenti a seguito dell'utilizzo dei servizi sanitari di genere presso l'Ospedale di Vigevano

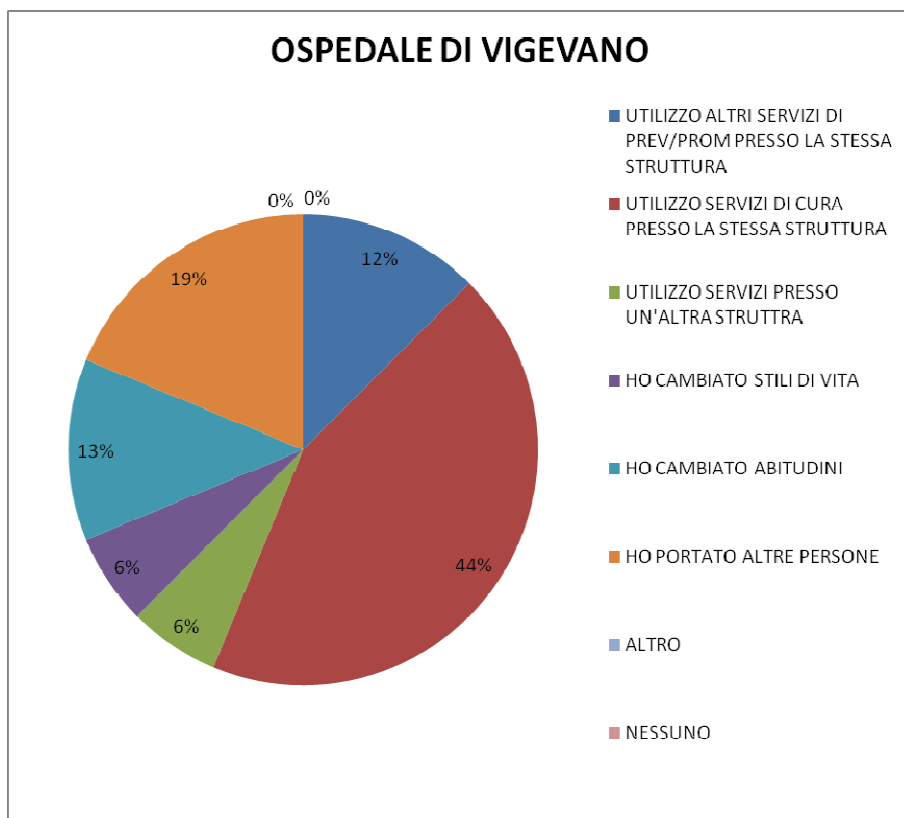


Figura 7.18 Comportamenti a seguito dell'utilizzo dei servizi sanitari di genere presso l'Ospedale Riuniti di Bergamo

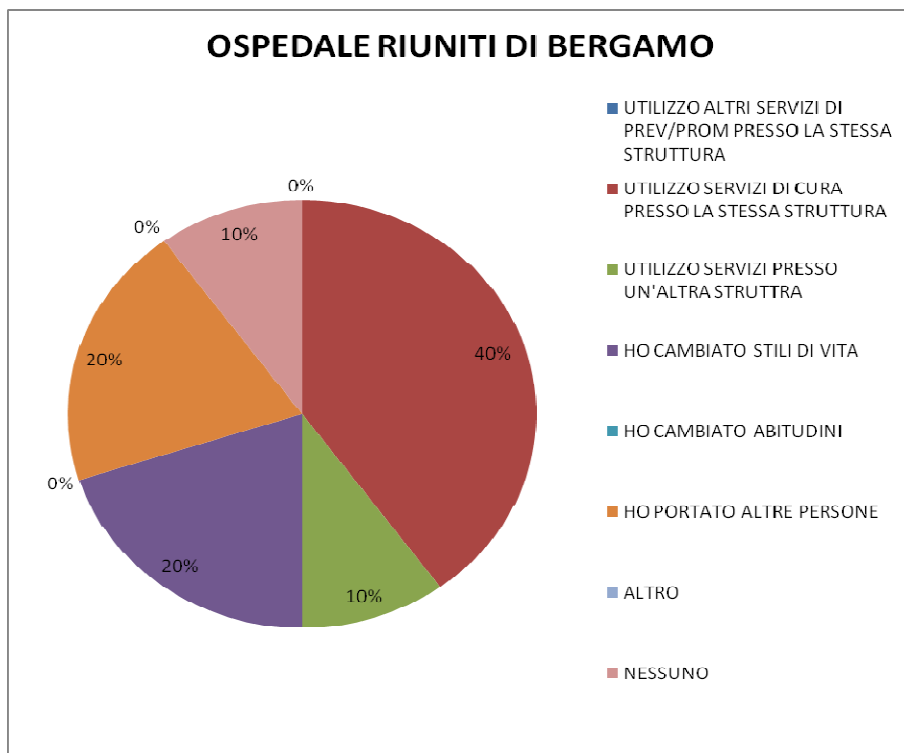
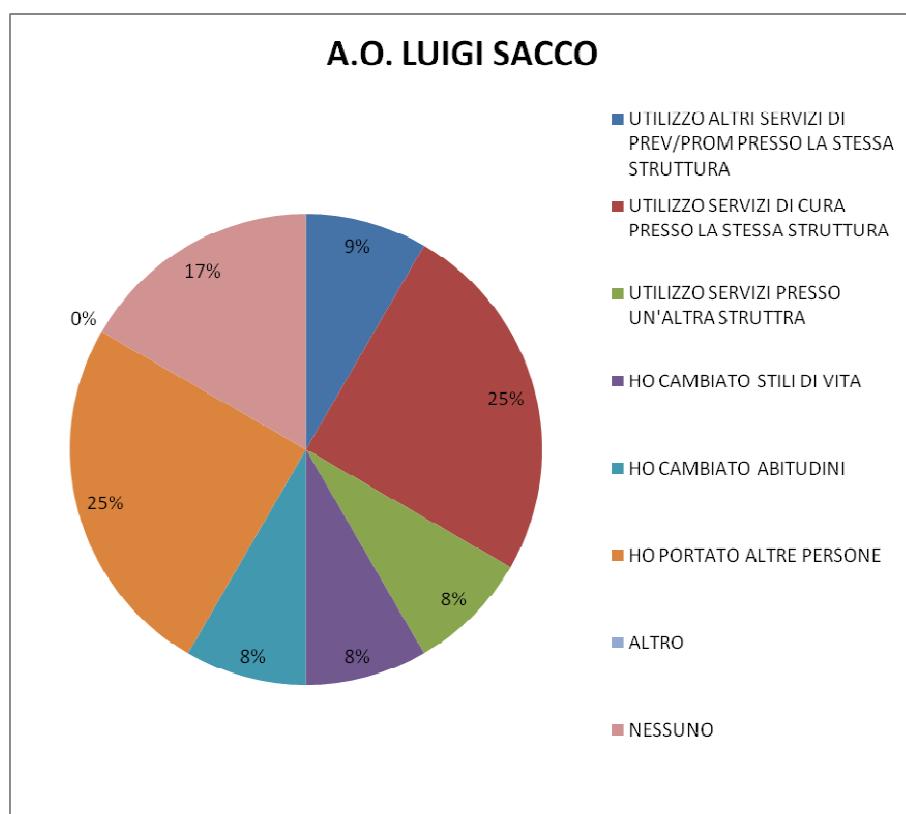


Figura 7.19 Comportamenti a seguito dell'utilizzo dei servizi sanitari di genere presso l'A.O. Luigi Sacco



7.2 *Il dipartimento di genere*

Il Dipartimento è un'organizzazione integrata di unità operative omogenee, affini o complementari, ciascuna con obiettivi specifici, ma che concorrono al perseguimento di comuni obiettivi di salute. (Gaia, 1996)

Tale obiettivo comune, all'interno della nostra analisi è da considerarsi il benessere e la salute femminile.

Il dipartimento offre l'architettura organizzativa che meglio risponde alle esigenze correlate alla complessità dei processi sanitari, alle innovazioni e al governo delle tecnologie, alla gestione dell'ampio spettro di professionalità e competenze, allo sviluppo di efficacia ed efficienza dei servizi offerti.

Tale forma organizzativa si fonda sui seguenti principi (Pesaresi, 2000):

1. Orientamento al paziente. Nel dipartimento, la visione complessiva delle problematiche del paziente (garantita dalla presenza di tutte le professionalità necessarie ad affrontarla), favorisce l'impiego di percorsi assistenziali mirati, favorendo l'orientamento al paziente di tutti i processi e la migliore gestione della persona in assistenza.
2. Sicurezza dei pazienti. La progettazione di strutture e percorsi integrati, l'impostazione interdisciplinare e multi professionale della cura, l'integrazione ed il coordinamento delle risorse sono componenti fondamentali di un sistema volto alla sicurezza del paziente.
3. Valorizzazione e sviluppo delle risorse umane. La crescita professionale e la gratificazione degli operatori sanitari sono sostenute dal confronto sistematico delle esperienze e dalla condivisione delle conoscenze attraverso l'elaborazione di percorsi diagnostico-terapeutici, la formazione e l'aggiornamento su obiettivi specifici con verifiche collegiali delle esperienze.
4. Ottimizzazione nell'uso delle risorse. La gestione comune di personale, spazi ed apparecchiature facilita l'acquisizione e la più alta fruizione di tecnologie sofisticate

e costose e favorisce l'utilizzo flessibile del personale, consentendo soluzioni assistenziali altrimenti non praticabili. Essa permette altresì l'attivazione di meccanismi di economia di scala con la conseguente riduzione della duplicazione dei servizi e razionalizzazione della spesa.

5. Responsabilizzazione del personale. La valutazione del personale sui risultati, con verifiche periodiche, è uno strumento di garanzia per la qualità dell'assistenza, la piena valorizzazione del personale e l'attuazione di una gestione efficiente.
6. Responsabilizzazione economica. Gli operatori sanitari vengono coinvolti attraverso la gestione diretta delle risorse assegnate (e la loro partecipazione nella realizzazione degli obiettivi del dipartimento).
7. Organizzazione e sviluppo della ricerca. L'organizzazione dipartimentale amplia le possibilità di collaborazione a progetti di ricerca biomedica e gestionale e favorisce l'applicazione dei risultati nella pratica quotidiana.
8. Implementazione delle conoscenze nella pratica clinica. Rappresenta il contesto ideale per il trasferimento delle conoscenze scientifiche nella pratica clinica, favorendo i cambiamenti comportamentali degli operatori e l'utilizzo gli strumenti più efficaci messi a disposizione dalla ricerca.

Seguendo i principi sopraesposti la forma organizzativa-gestionale del dipartimento può diventare uno strumento efficace di gestione organizzativa dei servizi sanitari di genere.

Infatti in un'ottica di miglioramento dell'efficacia dei servizi sanitari la costituzione di dipartimenti di genere porterebbe ad un miglior utilizzo delle risorse, ad una maggior integrazione tra i vari attori coinvolti e tra le fasi del percorso diagnostico assistenziale, dando vita a meccanismi virtuosi di sviluppo della ricerca clinica e organizzativa orientata al genere.

Il dipartimento di genere dovrebbe assumere una forma⁵⁹:

- **funzionale**⁶⁰ → aggregando unità operative non omogenee, interdisciplinari semplici e/o complesse, appartenenti contemporaneamente anche a dipartimenti diversi, al fine di realizzare obiettivi interdipartimentali e/o programmi di rilevanza strategica (criterio centrato su obiettivi comuni da realizzare);

Con un assetto di governo:

- **debole** → poiché vi è un coordinamento trasversale delle unità operative, che mantengono una propria autonomia.

Per sviluppare un dipartimento di genere così strutturato, risulta necessario adottare un approccio organizzativo e di lavoro per processi. Dal punto di vista organizzativo, un tale approccio comporta la progettazione di sistemi di responsabilità/autorità e meccanismi di coordinamento in grado di governare flussi "orizzontali" di attività, che attraversano le barriere tra diverse unità funzionali, utilizzano risorse comuni e richiedono l'adozione di un univoco modello decisionale e di attribuzione di priorità.

La trasformazione dalla "logica processuale di fatto" a quella "organizzata e ingegnerizzata" non è banale e richiede metodologie efficaci ed un percorso articolato con un ampio coinvolgimento degli attori interessati e dei tempi appropriati di apprendimento e "metabolizzazione" dell'approccio di lavoro.

⁵⁹ Per maggiore comprensione della materia si rimanda a Baraldi, S. *L'organizzazione dipartimentale nelle aziende sanitarie* (2003).

⁶⁰ Esistono diverse forme organizzative in cui il dipartimento può essere strutturato a seconda delle peculiarità.

Risulta quindi necessario:

- Coinvolgere in attività di formazione gli attori che intervengono nei processi oggetto di analisi, finalizzata ad attivare le risorse e sviluppare le competenze necessarie;
- Realizzare progetti pilota con la consulenza metodologica di esperti esterni ed estensione graduale dell'approccio in parziale autonomia;
- Analizzare i processi agiti, individuando punti di forza e debolezza e possibili azioni migliorative;
- Sviluppare un'analisi critica dei processi con il supporto di riferimenti normativi e tecnici;
- Implementare e sperimentare nuovi processi trasversali.

I passaggi fondamentali per la riorganizzazione dei processi e del loro sistema di governo nel dipartimento di genere possono essere riassunti in tre fasi fondamentali:

- ✓ **Mappatura** dei processi;
- ✓ **Analisi** dei punti di forza e debolezza (dal punto di vista organizzativo, informativo, tecnologico) dei processi;
- ✓ **Attivazione** di progetti finalizzati a rendere robusti ed affidabili i processi. Questa fase sarà più o meno articolata in funzione dei risultati emersi dall'analisi in termini di urgenza, ampiezza di intervento e competenze coinvolte.

E' importante ricordare, come precedentemente esposto, che nelle organizzazioni sanitarie il concetto di "lavorare per processi" è insito nella specificità della loro *mission* e molto spesso radicato nella realtà dei fatti mentre lo è molto meno nei modelli organizzativi agenti. Questo comporta in generale una scarsa affidabilità del servizio ovvero un'eccessiva dipendenza del risultato da condizioni contestuali specifiche quali la presenza o meno di determinate persone o strutture piuttosto che da modelli organizzativi e gestionali validati e affidabili. In conseguenza di ciò la paziente, utilizzatrice dei servizi sanitari di genere, sperimenta spesso sulla sua pelle le

contraddizioni della "logica processuale di fatto", seguendo il normale iter diagnostico-terapeutico che la conduce ad "attraversare" uffici, reparti, ambulatori, ecc. percorrendo gli usuali percorsi clinici.

La creazione dei dipartimenti di genere supplirebbe a tale mancanze formalizzando i percorsi diagnostici terapeutici integrati per le donne, migliorando l'efficacia dei servizi e l'allocazione delle risorse.

8. I SERVIZI SANITARI DI GENERE E LE DONNE IMMIGRATE

Un particolare “zoom” merita il rapporto tra le donne immigrate ed il Sistema Sanitario italiano.

La salute delle donne immigrate rappresenta una grande sfida per il Sistema Sanitario Nazionale, rispetto all'organizzazione dei servizi, alle modalità operative, e alle competenze professionali coinvolte e necessarie.

Le evidenze dimostrano che nella comunità di immigrati persistano gravi carenze informative e conoscitive in merito alla salute sessuale e riproduttiva, una difficoltà di accesso ai servizi, alla cultura della prevenzione nonché un maggior rischio del disagio psico-sociale, che si traducono in una maggiore incidenza di esiti neonatali sfavorevoli al parto, alto tasso di ricorso all'IVG, scarsa partecipazione ai programmi di screening. (Pasini, 2004)

E' necessario che questo focus attraversi tutti gli ambiti della salute e dell'assistenza sanitaria anche come misura della reale capacità del sistema di garantire efficacia, appropriatezza ed equità. Prioritario è l'obiettivo della rilevazione dei bisogni di salute delle donne immigrate a partire dai diversi loro vissuti, età, realtà di origine, ceti sociali di appartenenza, contesti geoculturali e religiosi e anche relazioni familiari e di coppia. Occorre produrre raccomandazioni, linee guida, l'aggiornamento degli operatori, promuovere campagne di informazione e di prevenzione adeguate.

Questo capitolo partendo dall'analisi delle problematiche che contraddistinguono la salute delle donne immigrate tenterà di analizzare il livello di accessibilità dei servizi sanitari cercando di creare dei possibili indicatori per valutarne il livello raggiunto.

Dal 1970 ad oggi in Italia si è passati da meno di centomila immigrati a quasi tre milioni, con un aumento di ben trenta volte ed un elevato ritmo di crescita negli ultimi cinque anni.⁶¹

Si è venuta a creare una società multietnica dove cercano di convivere gruppi di persone con esperienze, lingua e valori differenti.

A questo cambiamento deve corrispondere lo sviluppo di risposte adeguate e di azioni specifiche a vari livelli.

I dati sanitari attualmente disponibili evidenziano, infatti, una fragilità sociale di questa popolazione che, pur nella sua eterogeneità, mostra situazioni di sofferenza sanitaria in gran parte imputabile ad incerte problematiche relazionali – comunicative.⁶²

L' "VIII Consensus Conference sui temi sanitari dell'immigrazione", svoltasi a Lampedusa nel maggio 2004, ha affermato che almeno tre devono essere gli ambiti di azione privilegiata per garantire agli stranieri pari opportunità rispetto ai cittadini italiani, per l'accesso ai servizi e per la fruibilità dei servizi sanitari come sancito dalle leggi attualmente in vigore:

1) "*Certezza del Diritto*": a livello centrale e soprattutto locale è importante un'azione di monitoraggio del grado di applicazione della normativa per evitare discrezionalità applicative che provocano incertezze ed esclusione.

2) "*Garanzia dell'accessibilità*": molte sono le realtà locali dove persistono difficoltà di accesso ai servizi; difficoltà burocratiche ma anche organizzative e comportamentali che spingono ad insistere su un orientamento dei servizi attraverso una capillare e diffusa formazione del personale, un'analisi dei dati disponibili, una verifica della domanda e del bisogno, un lavoro di rete con il territorio.

3) "*Promozione della fruibilità*": rappresenta il campo delle politiche di integrazione più avanzate ed innovative; si tratta di mediare un sistema dove l'intera organizzazione sanitaria sia in grado non solo di intercettare il bisogno e la domanda sanitaria ma possa realmente garantire livelli di comunicazione efficace e percorsi assistenziali propri.

⁶¹ Dati ISTAT 2006

⁶² *Rapporto sulla Salute delle Donne Immigrate*, Osservatorio sulle Immigrazioni (2006)

L'analisi svolta ha tenuto come linee guida le tre azioni della conferenza di Lampedusa e ha tentato di comprendere, da un lato l'opinione delle donne straniere sui servizi sanitari utilizzati e le ragioni di un possibile mancato utilizzo e dall'altro le opinioni del personale sanitario sulle ragioni che spingono le donne immigrate a non usufruire dei servizi sanitari di genere.

Nella seconda parte del capitolo si è cercato di analizzare la figura del mediatore culturale, ruolo che come in seguito si vedrà è di centrale importanza.

8.1 *L'accessibilità ai servizi sanitari da parte delle donne immigrate*

Uno degli aspetti fondamentali per garantire l'accessibilità ai servizi sanitari di genere, come esplicitato nel capitolo 6, è l'adeguato livello di comunicazione.

La comunicazione, come illustrato nel capitolo 6, gioca più di ogni altro fattore un ruolo strategico nell'erogazione dei servizi sanitari. Le barriere di tipo linguistico non solo producono effetti avversi sull'accessibilità e sull'uso dei servizi, ma anche sulla qualità delle cure, sulla soddisfazione del paziente e sui risultati di salute.

A tale proposito si è creato un set di indicatori generali e declinati per singola struttura ospedaliera di seguito riportati che permette di valutare il livello di comprensione delle informazioni date dal personale ospedaliero alle donne straniere.

INDICATORI:

- % di donne straniere che ritengono chiare le informazioni sanitarie date

$$\frac{\text{Numero di donne straniere che ritengono chiare le informazioni date}}{\text{Totale donne straniere}} \times 100$$

La difficoltà linguistica può rappresentare una barriera all'accessibilità. Si è scelto in tal senso di analizzare la comprensione dell'informazione elargite dagli operatori sanitari alle pazienti di cittadinanza diversa da quella italiana, domandando se le indicazioni date fossero chiare. L'indicatore può essere costruito per ogni singola struttura ospedaliera:

- % di donne straniere nella struttura (Y) che ritengono chiare le informazioni date

$$\frac{\text{Numero di donne straniere nell'ospedale (Y) che ritengono chiare le informazioni date}}{\text{Totale donne straniere nell'ospedale(Y)}} \times 100$$

Ulteriore elemento da prendere in considerazioni sono le modalità nelle quali vengono trasmessi i “messaggi sanitari”. Le pazienti straniere hanno un background culturale differente e valori morali che possono discostarsi da quelli del paese in cui si trovano a vivere, per questo risulta utile valutare se le informazioni date riflettano la loro cultura:

- % di donne straniere che ritengono che le informazioni date riflettano la loro cultura

$$\frac{\text{Numero di donne straniere che ritengono che le informazioni date riflettano la loro cultura}}{\text{Totale donne straniere}} \times 100$$

Per singola struttura ospedaliera:

- Numero di donne straniere nell'ospedale (Y) che ritengono che le informazioni date riflettano la loro cultura

$$\frac{\text{Numero di donne straniere nell'ospedale (Y) che ritengono che le informazioni date riflettano la loro cultura}}{\text{Totale donne straniere nell'ospedale (Y)}} \times 100$$

Inoltre risulta interessante valutare se le informazioni elargite alle pazienti straniere le abbiano spinte ad utilizzare maggiormente i servizi sanitari di genere, per comprendere maggiormente l'efficacia delle metodologie di comunicazione utilizzate:

- % di donne straniere che ritengono che le informazioni date le abbiano spinte ad utilizzare maggiormente il servizio

$$\frac{\text{Numero di straniere che ritengono che le informazioni date le abbiano spinte ad utilizzare maggiormente il servizio}}{\text{Totale donne straniere}} \times 100$$

Per singola struttura ospedaliera:

- % di donne straniere nell'ospedale (Y) che ritengono che le informazioni date le abbiano spinte ad utilizzare maggiormente il servizio

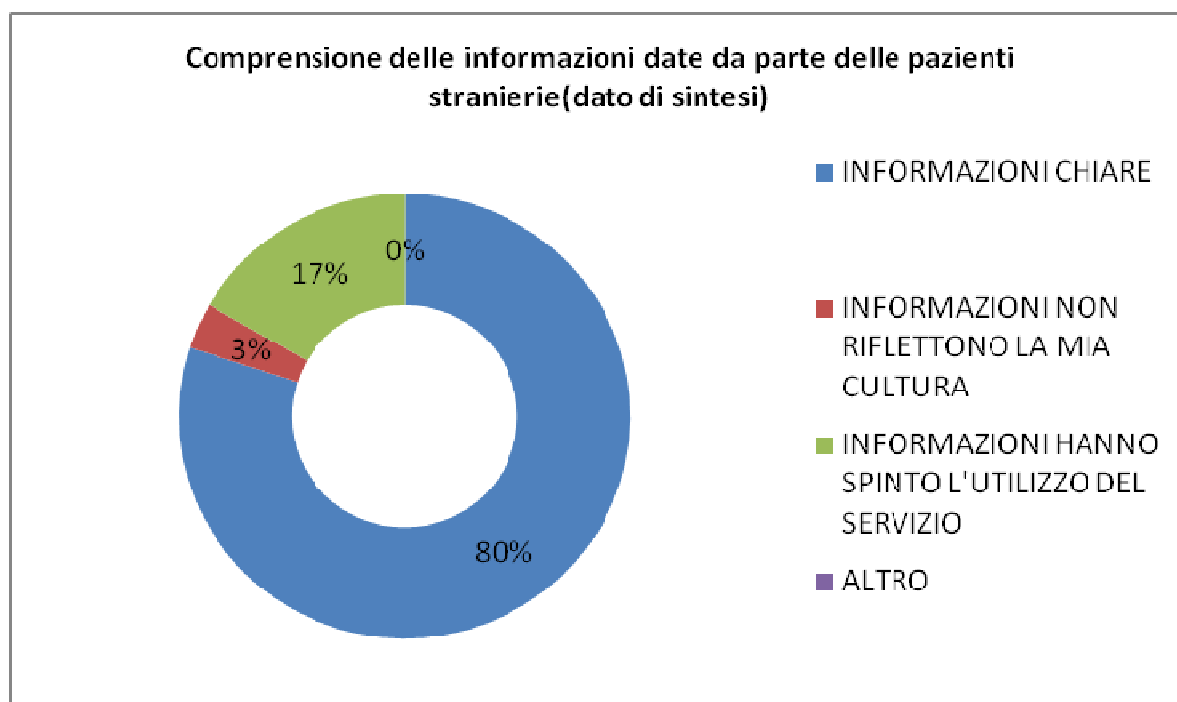
$$\frac{\text{Numero di straniere nell'ospedale (Y) che ritengono che le informazioni date le abbiano spinte ad utilizzare maggiormente il servizio}}{\text{Totale donne straniere nell'ospedale (Y)}} \times 100$$

Tabella 8.1 Comprensione delle informazioni date da parte delle pazienti straniere

COMPRESIONE DELLE INFORMAZIONI DATE DA PARTE DELLE DONNE STRANIERE	
INFORMAZIONI CHIARE	80%
INFORMAZIONI NON RIFLETTONO LA MIA CULTURA	3%
INFORMAZIONI HANNO SPINTO L'UTILIZZO DEL SERVIZIO	17%
ALTRO	0%

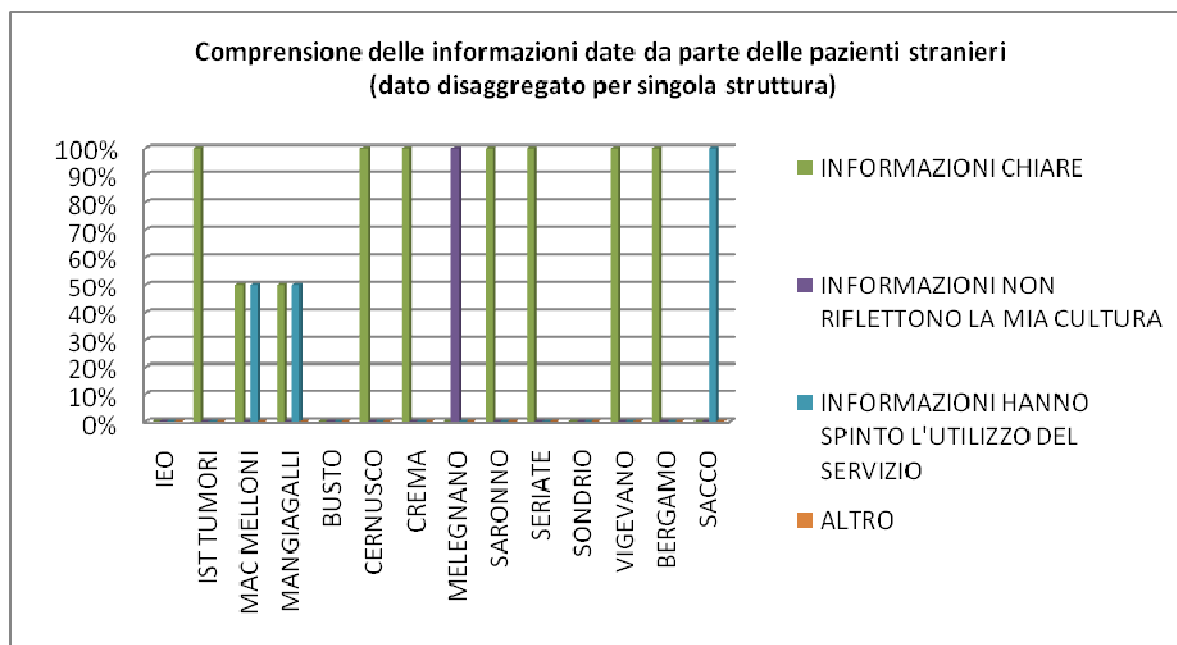
Dall'elaborazione dei questionari compilati dalle donne immigrate intervistate si è giunti ai dati di sintesi che si riportano nella *tabella 8.1*; come si evince l'80% delle donne immigrate intervistate dichiara che le informazioni elargite dal personale sanitario sono chiare ed il 17% afferma di aver aumentato l'utilizzo dei servizi sanitari a seguito delle informazioni ricevute.

Figura 8.2 Comprensione delle informazioni date da parte delle pazienti straniere (grafico.)



I valori possono essere disaggregati per singola struttura ospedaliera analizzata.

Figura 8.3 Comprensione delle informazioni date da parte delle pazienti straniere in ogni struttura ospedaliera.



L'elevato valore della percentuale relativa alla chiarezza delle informazioni date ci fa capire come il personale degli ospedali presi in esame stia facendo molteplici sforzi per farsi comprendere dalle donne immigrate. Nonostante questi dati siano positivi, l'87% del personale sanitario dichiara la necessità di introdurre figure professionali ad hoc per migliorare il livello di comunicazione.

Questa contraddizione può essere compresa attraverso l'analisi delle dichiarazioni del personale ospedaliero, in quanto in ambito sanitario è necessario farsi capire dalle pazienti, che dichiarano un elevato grado di comprensione delle informazioni date, grazie allo sforzo del personale, ma come, altresì affermato dallo stesso personale, un' "esaustiva" comunicazione può avvenire solamente con un elevato dispendio di tempo. L'accessibilità è in tal modo garantita alle donne straniere, ma con un elevato utilizzo di risorse ed impiego di energie da parte del personale.

Risulta evidente la necessità di introdurre una figura di mediazione linguistica e culturale.

8.2 *Il mediatore culturale*

La figura del mediatore culturale viene vista come un facilitatore che interviene per evitare possibili incomprensioni e malintesi che potrebbero derivare dai differenti sistemi di valori, rappresentazioni, credenze e codici presenti delle diverse culture di appartenenza. Un elemento critico da presidiare riguarda il contesto di riferimento: l'ambiente sanitario appare un sistema nel quale l'introduzione di figure di mediatori appare particolarmente delicata, soprattutto laddove vadano ad inserirsi nella complessa ed esclusiva relazione medico-paziente, all'interno della quale l'efficacia dell'intervento è fortemente dipendente da una piena collaborazione fiduciale tra le parti. (Osservatorio Nazionale donne immigrate, 2008)

Un ulteriore elemento di criticità riguarda la necessità che il mediatore sia realmente accettato da parte di chi ha bisogno della mediazione. Gli deve essere riconosciuta una sufficiente affidabilità, credibilità e competenza rispetto ai problemi da risolvere.

La mediazione interculturale finalizzata alla promozione della salute può essere definita come "la messa in campo di strategie comunicative" capaci di facilitare una relazione terapeutica efficace tra sistema sanitario e paziente, appartenenti a contesti culturali diversi. (Geraci, 2005)

Figura 8.4 Il ruolo del Mediatore culturale

<p>Cos'è la mediazione culturale: - processo di costruzione di un linguaggio comune tra persone di culture differenti.</p> <p>Funzioni del mediatore culturale: - comprendere i problemi socio-sanitari degli immigrati; - ricercare strategie di intervento appropriate; - avere un ruolo attivo; - decodificare il bisogno di salute; - recuperare l'esperienza ed i valori del paziente riguardo alla salute e malattia;</p> <p>Obiettivi: - creazione di un ponte tra paziente/utente ed operatore; - rendere visibile il disagio psico-sociale che si nasconde dietro alla richiesta di assistenza sanitaria; - favorire la conoscenza e l'uso appropriato dei servizi presenti sul territorio, sia pubblici che del privato/sociale, sanitari ed extrasanitari; - divulgare la conoscenza dei diritti.</p> <p>Difficoltà che incontra il mediatore culturale: - identificazione con il paziente/utente caricandosi di tensioni e ansie specialmente se apparentemente alla stessa etnia - identificazione con la struttura di appartenenza, imponendo rigidamente l'organizzazione - richiesta di deroga dalle regole con cui il servizio è organizzato (orari, passaggi e attese per visite, ecc.) - differenziazione dei ruoli delle diverse figure professionali</p>

Fonte: Osservatorio Immigrazione

Il 42% delle strutture analizzate dichiara di avere adottato al proprio interno la figura del mediatore culturale, questo dato rappresenta un primo passo positivo verso il soddisfacimento dei bisogni dell'utenza straniera, nonostante nella maggior parte dei casi siano figure appartenenti ad associazione esterne all'ospedale che lavorano occasionalmente.

Per poter valutare maggiormente il livello di fruibilità dei servizi sanitari di genere da parte delle pazienti straniere potrebbe essere utile la creazione di un indicatore che valuti il numero di mediatori culturali a disposizione delle pazienti per ogni territorio di riferimento.

➤ Numero mediatori culturali per paziente straniera

Numero mediatori culturali

Donne straniere residenti

Successivo elemento di un certo rilievo è l'esistenza di linee telefoniche multilingue che permettano un'assistenza immediata evitando disservizi all'interno dei Pronto Soccorso ed un elevato risparmio di risorse. Purtroppo da questo punto di vista siamo ancora all'inizio dato che solo il 7% degli ospedali dichiara di avere attivato delle linee telefoniche multilingue.

- Esistenza linee telefoniche multilingua

8.3 *Indicatori di mancato utilizzo dei servizi sanitari di genere da parte delle donne immigrate*

Il successivo aspetto analizzato mette in evidenza, attraverso l'utilizzo di indicatori le motivazioni per le quali le donne straniere non utilizzano i servizi sanitari di genere.

Di seguito sono elencati gli indicatori proposti a livello generale e per singola struttura ospedaliera.

Il primo indicatore valuta la percentuale delle donne straniere, per la quale il fattore "tempo" possa essere considerato una barriera all'utilizzo dei servizi sanitari di genere, avendo per il ruolo sociale e familiare ricoperto a disposizione minor tempo per la cura di se stesse, come illustrato precedentemente.

- % di donne straniere che dichiarano di non utilizzare i servizi sanitari per mancanza di tempo

$$\frac{\text{Numero di donne straniere che dichiarano di non utilizzare i servizi sanitari per mancanza di tempo}}{\text{Totale donne straniere}} \times 100$$

Per singola struttura ospedaliera:

- % di donne straniere che dichiarano di non utilizzare i servizi sanitari per mancanza di tempo nell'ospedale (Y)

$$\frac{\text{Numero di donne straniere che dichiarano di non utilizzare i servizi sanitari per mancanza di tempo nell'ospedale (Y)}}{\text{Totale donne straniere dell'ospedale (Y)}} \times 100$$

Un secondo fattore che può limitare l'accessibilità ai servizi sanitari di genere è rappresentato da problematiche economiche, in tal senso si è creato un indicatore che possa misurare la percentuale di donne che non utilizza i servizi per suddetta ragione:

- % di donne straniere che dichiarano di non utilizzare i servizi sanitari per ragioni economiche

$$\frac{\text{Numero di donne straniere che dichiarano di non utilizzare i servizi sanitari per ragioni economiche}}{\text{Totale donne straniere}} \times 100$$

Per singola struttura ospedaliera:

- % di donne straniere che dichiarano di non utilizzare i servizi sanitari per ragioni economiche nell'ospedale (Y)

$$\frac{\text{Numero di donne straniere che dichiarano di non utilizzare i servizi sanitari per ragioni economiche nell'ospedale (Y)}}{\text{Totale donne straniere nella struttura ospedaliera (Y)}} \times 100$$

Come esplicitato in precedenza le pazienti straniere possono avere valori etici e morali differenti derivando da culture dissimili, queste differenze possono trasformarsi in barriere che portano ad un minor utilizzo dei servizi sanitari di genere. Per questo motivo si è costruito un indicatore che permette di determinare la percentuale di donne straniere che non usufruisce dei servizi per motivazioni culturali.

- Numero di donne straniere che dichiarano di non utilizzare i servizi sanitari per motivazioni culturali

$$\frac{\text{Numero di donne straniere che dichiarano di non utilizzare i servizi sanitari per motivazioni culturali}}{\text{Totale donne straniere}} \times 100$$

Per singola struttura ospedaliera:

- % di donne straniere che dichiarano di non utilizzare i servizi sanitari per motivazioni culturali nell'ospedale (Y)

$$\frac{\text{Numero di donne straniere che dichiarano di non utilizzare i servizi sanitari per motivazioni culturali nell'ospedale (Y)}}{\text{Totale donne straniere nell'ospedale (Y)}} \times 100$$

Anche all'interno dell'ambiente familiare i valori dominanti possono discostarsi dalle nostre abitudini e dalla nostra cultura, risulta quindi utile stabilire se tali differenze possano diventare un limite all'accessibilità dei servizi sanitari di genere per le donne immigrate. E' stato pertanto proposto un indicatore ad hoc:

- % di donne straniere che dichiarano di non utilizzare i servizi sanitari per motivazioni famigliari

$$\frac{\text{Numero di donne straniere che dichiarano di non utilizzare i servizi sanitari per motivazioni famigliari}}{\text{Totale donne straniere}} \times 100$$

Per singola struttura ospedaliera:

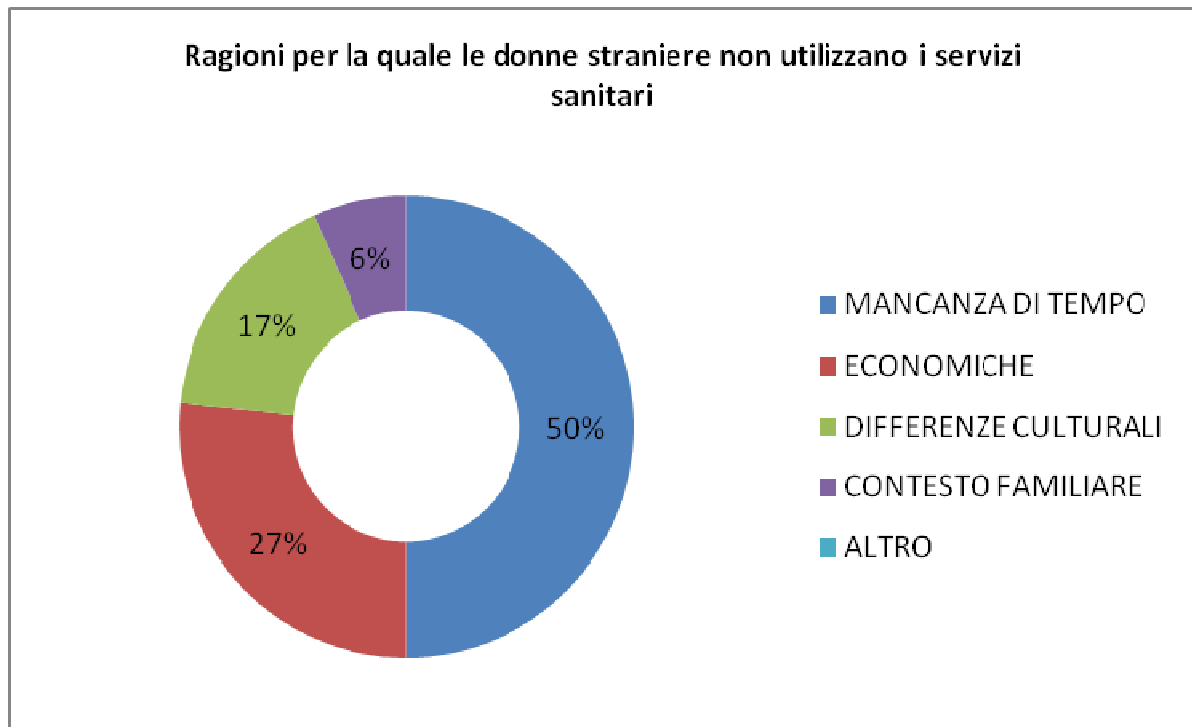
- % di donne straniere che dichiarano di non utilizzare i servizi sanitari per motivazioni famigliari nella struttura (Y)

$$\frac{\text{Numero di donne straniere che dichiarano di non utilizzare i servizi sanitari per motivazioni famigliari nell'ospedale}(Y)}{\text{Totale donne straniere nell'ospedale}(Y)} \times 100$$

Tabella 8.5 Motivazioni per le quali le donne straniere non utilizzano i servizi sanitari di genere

MOTIVAZIONI PER LE QUALI LE DONNE STRANIERE NON UTILIZZANO I SERVIZI SANITARI DI GENERE	
MANCANZA DI TEMPO	50%
ECONOMICHE	27%
DIFFERENZE CULTURALI	17%
CONTESTO FAMILIARE	7%
ALTRO	0%

Figura 8.6 Motivazioni per le quali le donne straniere non utilizzano i servizi sanitari di genere

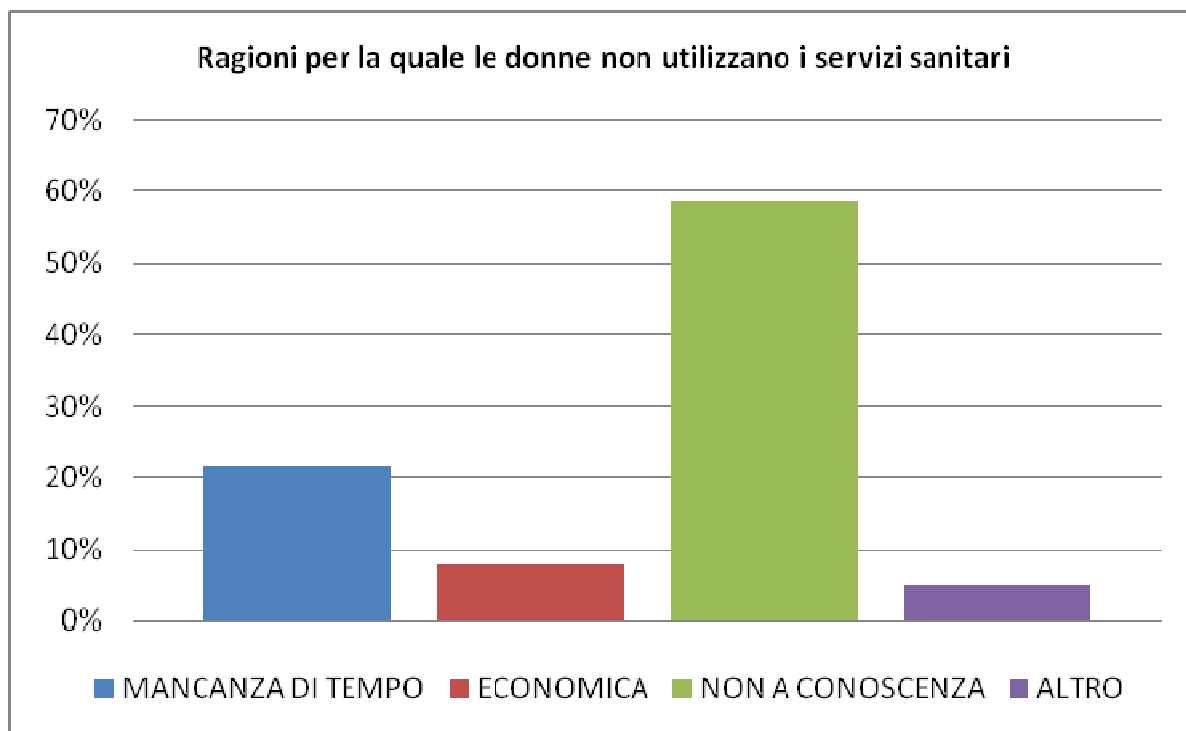


Analizzando i dati delle interviste possiamo notare come la prima motivazione addotta, da ben il 50% donne, sia la mancanza di tempo e da solo il 17% le differenze culturali.

Dall'analisi dei dati emergono due interessanti osservazioni:

1. Confrontando il dato generale di "non utilizzo dei servizi" emerge in maniera abbastanza netta la differenza tra le donne immigrate e le donne italiane in quanto, mentre per le straniere il tempo è il fattore che determina il non utilizzo del servizio (50%) se si prende il dato relativo alle pazienti italiane, il medesimo valore scende al 21%.

La spiegazione può derivare sia dalla più bassa condizione economica delle donne immigrate che sono quindi spinte ad un maggior tasso d'impiego lavorativo, anche se in impieghi più umili, sia per la condizione stessa di immigrate in quanto lontane dalla famiglia e quindi con una più bassa possibilità di poter affidare i propri figli ed avere tempo libero da dedicare alla cura di se stesse.

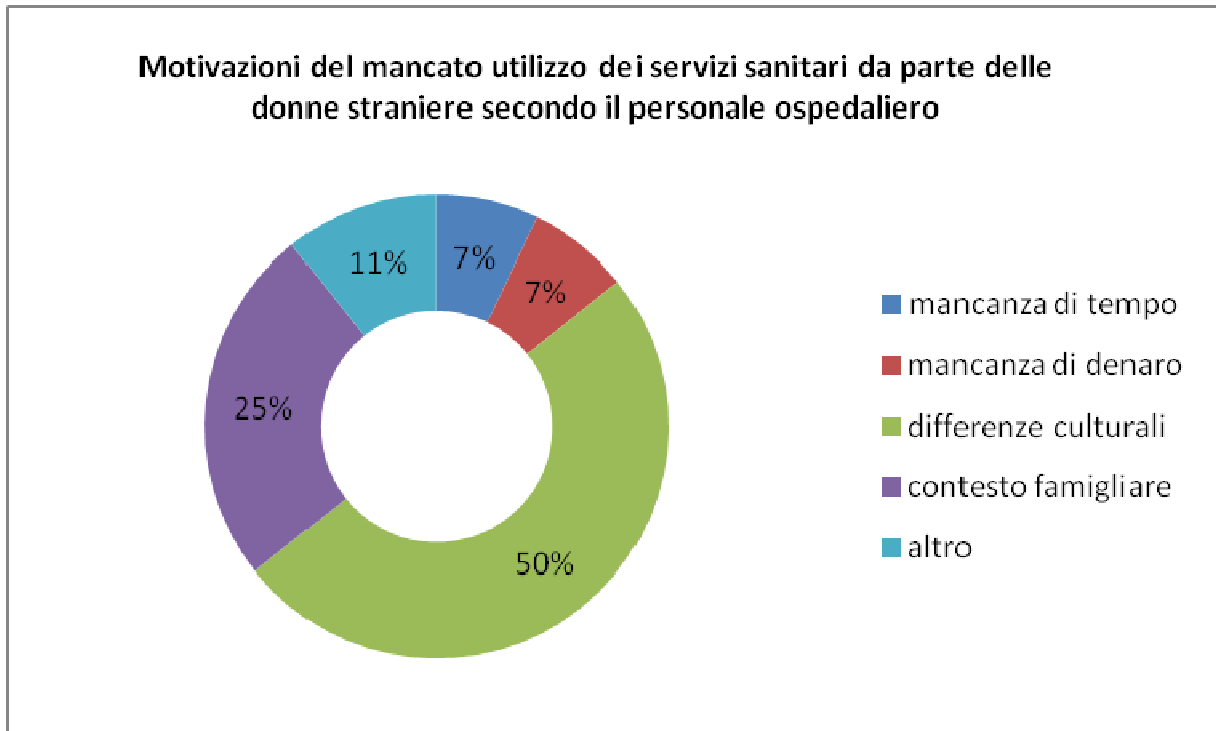


2. secondo aspetto interessante da evidenziare è la percezione del personale sanitario su tale tematica. La medesima domanda posta al personale ospedaliero (vedi la *figura 8.8*) ha, infatti, fatto emergere delle forti discrepanze. Con il 7% delle risposte la motivazione “mancanza di tempo” risulta all’ultimo posto a parità della “mancanza di denaro” salendo troviamo con il 25% come ragione il “contesto familiare” con il 25% e con il 50% le “differenze culturali”.

Le percentuali mostrano un’opposta visione dell’argomento.

Il personale ospedaliero crede che la motivazione alla base del non utilizzo dei servizi sanitari sia di tipo socio-culturale, mentre le donne straniere hanno affermato in maniera abbastanza netta che è di tipo pratico.

Figura 8.8 Motivazioni del mancato utilizzo dei servizi sanitari di genere da parte delle donne straniere secondo il personale sanitario



Le ragioni di questa visione contrastante possono essere molteplici: una delle motivazioni della distorsione del dato relativo alle differenze culturali può essere dovuta ad un atteggiamento restio da parte delle donne straniere ad esplicitare tale affermazione, ma tale elemento non basterebbe a spiegare una così forte discrepanza nei dati. Maggior peso è allora forse da attribuire alla scarsa comprensione e conoscenza delle realtà delle pazienti straniere da parte del personale ospedaliero, che, accompagnata da una difficile comunicazione porta il personale ad attribuire al contesto familiare e alle differenze culturali il 75% delle ragioni per le quali non vengono utilizzati i servizi sanitari, trovando nella “diversità” motivazione più semplicistica e stereotipata la causa di tale comportamento. Un’incomunicabilità che nasce dalla reciproca ignoranza della cultura “dell’altro” e che si rafforza quindi con le incomprensioni dovute alla differenza della lingua.

8.4 La salute riproduttiva delle donne straniere

Un'attenzione particolare merita la salute riproduttiva: la gravidanza, pur essendo un evento fisiologico, può rivelarsi critica nelle donne immigrate per un monitoraggio intempestivo od insufficiente inoltre è opinione condivisa tra gli operatori del settore che le donne immigrate, non facciano un numero di controlli in gravidanza sufficienti e in ogni caso di numero molto inferiore a quello delle donne italiane.

Le condizioni di vita e di nutrizione, inoltre, non sono spesso compatibili con lo svolgimento di una gravidanza regolare.⁶³

Tale situazione si può migliorare attraverso l'avvio di iniziative che migliorino l'accessibilità, l'accoglienza e la presa in carico dei servizi materno-infantili.

Si tratta di riorientare tali servizi abbassandone la soglia di accesso, anche attraverso una flessibilità di orari e promuovendo al loro interno un approccio multidisciplinare che si avvalga di figure sociali e psicologiche oltre che sanitarie, particolarmente orientate alla mediazione linguistico - culturale.

Una possibile ipotesi per raggiungere questo risultato è la creazione di un *ambulatorio ostetrico dedicato*.

L'ambulatorio dedicato potrebbe rappresentare, nella realtà ospedaliera, un centro unico di orientamento e di prima accoglienza rivolto all'accesso ed al sostegno delle gravide che vengono così facilitate all'orientamento nei percorsi sanitari e nell'utilizzo dei vari servizi.

Per una donna immigrata, l'incontro con un ginecologo o con un'ostetrica non è così scontato come si possa pensare. Molti gesti, parole ed atteggiamenti ritenuti per noi "pura normalità" vengono letti come un'offesa.

L'approccio interculturale alla paziente immigrata, durante la gravidanza, il parto e la degenza ospedaliera, potrebbe risultare una delle risposte più adeguate per migliorare l'assistenza clinica, offerta attraverso colloqui personalizzati tra mediatrice linguistico-

⁶³ *Rapporto sulla Salute delle Donne immigrate*, Osservatorio sulle immigrazioni (2006)

culturale, paziente ed operatori di settore, con interventi mirati alle esigenze dei vari gruppi etnici. (Pasini, 2004)

All'interno di alcune strutture ospedaliere oggetto dello studio, sono state create aree riservate per l'orientamento, l'informazione e l'educazione sanitaria delle donne immigrate con lo scopo di:

- a) migliorare la qualità percepita delle prestazioni ed il benessere della futura madre mediante un lavoro interdisciplinare;
- b) facilitare l'informazione e l'accesso ai servizi materno-infantili dell'ospedale nel tentativo di accogliere una domanda di assistenza sanitaria alla gravidanza ed al parto;
- c) rimuovere gli ostacoli linguistico-culturali che impediscono la comunicazione fra gli operatori sanitari ed i fruitori del servizio, attraverso un lavoro di mediazione linguistico-culturale;
- d) mettere in grado il servizio ospedaliero di fornire prestazioni sanitarie più efficaci e più rispettose della diversità culturale dell'utenza;
- e) accogliere una domanda globale di assistenza che spesso non è solo sanitaria ma anche psicologica e sociale;
- f) promuovere una capacità di orientamento nei servizi del territorio delle donne straniere e delle loro famiglie.

L'implementazione di quanto sopra descritto sta portando alla progressiva realizzazione di "percorsi nascita dedicati alle donne immigrate"⁶⁴ che hanno come punti cardini qualificanti:

- 1) *accoglienza*: si è creato uno spazio dove far fronte alle diverse domande dell'utenza ed un percorso intra-ospedaliero (*accesso*) per esami clinici, controlli ecografici e visite specialistiche interdisciplinari;

⁶⁴ www.ministerosalute.it/saluteDonna

- 2) *mediazione linguistico-culturale*: funzione attraverso la quale si cercano di chiarire le domande e le aspettative di entrambe le parti;
- 3) *continuità assistenziale*: post-partum e collegamento con la rete territoriale, pensando ai rapporti ospedale-territorio in termini di interscambio continuo.

8.5 *Il rapporto ad oggi tra le donne immigrate ed il Sistema Sanitario*

Dall'analisi degli indicatori oggetto di studio si è notato come nell'incontro tra operatori sanitari e pazienti immigrate la cultura di riferimento dell'uno e dell'altra rende difficile la collaborazione nella relazione terapeutica.

La mancata e incompleta comunicazione crea delle incomprensioni che possono riflettersi sulla salute delle pazienti.

Le pazienti che non capiscono ciò che gli operatori sanitari esprimono e, viceversa gli operatori, che non comprendono o sono insensibili alle differenze culturali, alzano il livello di rischio di compromissione della qualità delle cure offerte.

Risulta quindi necessario:

- 1) migliorare l'organizzazione generale dei servizi ospedalieri per questi gruppi di pazienti, attraverso interventi specifici finalizzati al miglioramento della qualità dei servizi e al rendere il "setting ospedaliero" culturalmente competente verso gli immigrati;
- 2) rafforzare il ruolo degli ospedali nella promozione della salute e la relativa conoscenza degli immigrati mediante misure atte a migliorare l'accesso e l'utilizzo appropriato dei servizi e ad accrescere la collaborazione fra pazienti immigrati e personale sanitario.

D'altra parte è risaputo che una buona relazione terapeutica e la collaborazione medico-paziente sono fondamentali per poter garantire l'efficacia della cura e la qualità dell'assistenza⁶⁵.

Questa "mancata" relazione emerge in maniera più evidente nei programmi di promozione della salute, dove è richiesto un alto livello di qualità comunicativa poiché, affrontando problemi potenziali, gli stessi si rivolgono ad una popolazione che generalmente non ha un immediato bisogno di servizi e può quindi accettare l'offerta solo a condizione che venga esposta ad una comunicazione efficace.

L'arrivo delle donne straniere in Italia ha fatto emergere ancora di più che il momento dell'accoglienza, dell'ascolto e confronto tra medico e paziente sono punti fondamentali della relazione terapeutica.

La difficoltà comunicativa e di scambio con le donne immigrate ha evidenziato la necessità di ristrutturare diversamente i luoghi ed i tempi del primo contatto, attraverso ad esempio la creazione di linee telefoniche dedicate.

Un ulteriore aspetto della relazione medico-paziente riguarda la necessità di accogliere la paziente nella sua singolarità ed unicità, senza cadere in generalizzazioni e stereotipi. E' fondamentale, infatti, capire quale percorso individuale la donna abbia fatto, quale sia la sua origine socio-economica e geografica e quale tipologia di scolarizzazione abbia avuto.

Questa problematica è stata affrontata con l'introduzione della mediatrice culturale, figura professionale diventa centrale per quel sottile e delicato lavoro di "tessitura" che aiuta ad assemblare diversi livelli di analisi e di azione (linguistica, culturale e relazionale). Nonostante il mediatore culturale sia stato introdotto come figura professionale solo da pochi anni si sono già potuti riscontrare molteplici miglioramenti data la fondamentale importanza di tale ruolo non solo per le utenti ma anche per il lavoro degli operatori sanitari e per la funzionalità dei servizi.

Un'importante rilevanza è stata data nell'analisi ai servizi sanitari correlati alla gravidanza poiché nel contesto migratorio, in particolare, viene vissuta con notevole difficoltà soprattutto per l'isolamento in cui la donna si trova.

⁶⁵ Per approfondire l'argomento si rimanda a *Censis*, "Fiduca, dialogo, scelta. Il rapporto medico paziente e le patologie cardiovascolari" (2008)

Nella maggior parte dei casi la gravidanza stessa si svolge diversamente rispetto al paese di origine. Le regole e le logiche sottostanti sono diverse ed in alcuni casi manca la possibilità di esprimersi perché non si conosce la lingua; l'unico appoggio risulta essere il marito, quando è presente, figura che molto probabilmente, nel paese di origine, non si sarebbe occupata della gravidanza. Questo ha portato alla necessità di trovare nuove modalità assistenziali progettuali basate appunto su un lavoro di gruppo, in cui le singole figure professionali possano cogliere e trattare problematiche differenti.

Per rispondere a questa necessità dovrebbero essere creati dei "Centro Ostetrici Dedicati" nei quali più figure professionali operano in contemporanea; l'aspetto innovativo di questo servizio è il lavoro interdisciplinare dell'equipe, che normalmente non viene utilizzato all'interno di un ospedale.

I dati dell'Osservatorio sulla salute delle donne immigrate sottolineano come sia necessario mettere in atto concrete attività per la gestione e l'accoglienza del fenomeno migratorio. Inoltre è più che evidente il bisogno di organizzare servizi stabili per l'assistenza a questo tipo di popolazione.

Per poter raggiungere questo obiettivo deve diffondersi la conoscenza delle problematiche dei differenti gruppi etnici per poter attuare politiche mirate a risolvere situazioni di disagio e nello stesso tempo ad una migliore gestione delle risorse sanitarie, attuando così un'azione preventiva ed evitando un buon numero di ricoveri.

Attraverso la creazione di spazi ad hoc da un lato e, l'acquisizione di competenze culturali nuove dall'altro, si riuscirebbe ad agire efficacemente rispondendo in modo appropriato e non discriminatorio ai bisogni delle pazienti straniere garantendo l'efficacia e l'efficienza delle cure.

Una struttura ospedaliera così organizzata riuscirebbe ad erogare corrette prestazioni sanitarie a persone con diversi background culturali, risultando attenta e sensibile ai bisogni di una nuova popolazione, riequilibrando le disparità per quelle particolari differenze che impediscono l'accesso e l'utilizzo equo dei servizi; identificando e riconoscendo, come uguali componenti della nostra società, la nuova popolazione di immigrate che risulta fruitrice dei servizi sanitari di genere.

9. CONCLUSIONI

9.1 I servizi sanitari di genere: sintesi dei risultati dell'indagine

Dall'analisi effettuata durante questo lavoro di ricerca è emersa l'opportunità nonché la necessità di realizzare un "nuovo approccio" del Sistema Sanitario che si orienti al gender quale tratto distintivo e di nuovo corso nell'erogazione dei servizi sanitari.

L'analisi svolta attraverso l'indagine di asset di servizio complementari sottolinea che:

- a) Per quanto riguarda l'accesso ai servizi sanitari di genere da parte delle donne si è osservata una scarsa conoscenza dei servizi offerti conseguente di una duplice criticità; la prima determinata dall'orientamento dell'offerta, mentre la seconda dalla non conoscenza delle patologie e dei fattori di rischio femminili.

Un esempio esplicativo è rappresentato dalla prevenzione al tumore al seno quale servizio dominante e quasi "unico" nell'incrocio tra la domanda e l'offerta di servizio, all'opposto la prevenzione dei danni cardiovascolari che, nonostante rappresenti la prima causa di premorienza, non viene gestita in egual misura.

Lo stesso esempio di politica di prevenzione al tumore al seno dimostra la possibilità di come la creazione di servizi rivolti al genere possano essere ad alto valore aggiunto sia per il Servizio Sanitario Nazionale che per la salute, migliorando l'utilizzo delle risorse e l'efficacia dei servizi.

Particolari barriere all'accessibilità dei servizi sanitari sono emerse per le donne straniere le quali dichiarano di non utilizzare i servizi per mancanza di tempo, mentre il personale sanitario attribuisce tale comportamento a differenze culturali. Anche in questo caso si nota come laddove esistano supporti tecnico, organizzativi e gestionali (mediatore culturale, linee telefoniche multilingua, ecc.) si verifichi un'efficacia superiore dei servizi offerti.

- b) La comunicazione è una leva importante nel modello di efficacia dei servizi sanitari orientati al genere.

La competenza dei soggetti preposti alla comunicazione è preziosa non solo per il governo delle tecniche comunicative, ma per la supervisione e comprensione di ciò che è necessario comunicare in termini di comportamento organizzativo.

Si tratta, infatti, di tener conto di diversi fattori tutti critici e di difficile gestione: modalità consolidate, culture estremamente differenziate, linguaggi e temi complessi. La comunicazione quando è strutturata, orientata, consistente e prossima al target di riferimento (gender) diventa strumento potente di vicinanza e di miglioramento. Molto può e deve essere fatto in ragione dei dati rilevati e dei gap individuati.

- c) I fattori distintivi dell'integrazione risultano essere:

- L'Integrazione tra le varie fasi del percorso diagnostico terapeutico, intesa come capacità del processo integrato nella cura del paziente, a tale proposito si è osservato uno straordinario valore aggiunto nell'efficacia della prestazione e nel risparmio delle risorse;
- L'integrazione tra i vari attori coinvolti, da un lato attraverso la presa in carico della paziente da parte di un team multi specialistico (interfunzionalità) e dall'altro attraverso una stringente relazione paziente-medico;
- Ultimo ma non marginale fattore l'integrazione tra l'ospedale ed il territorio che risulta funzionale al modello di efficacia.

Modello organizzativo, confacente a tali caratteristiche, risulta essere il *dipartimento di genere*. Tale architettura organizzativa meglio può rispondere alle esigenze correlate alla complessità dei processi sanitari, alla gestione dell'ampio spettro di professionalità e di competenze ed allo sviluppo di efficacia ed efficienza dei servizi di genere.

9.2 *La valutazione dei servizi sanitari di genere*

Si vuole concludere questo lavoro di ricerca proponendo un "cruscotto" di indicatori scelti tra quelli più significativi esposti durante l'analisi effettuata (vedi *tabella 10.1*).

Il "cruscotto" può avere configurazioni specifiche rispetto alle esigenze sanitarie, in quanto gli indicatori possono essere scelti con determinazione funzionale, e allo stesso tempo è possibile attribuire una diversa importanza all'interno della valutazione ad ognuno di essi.

Per ogni indicatore si suggerisce un benchmark teorico, che esprime il valore medio del range di riferimento. Il risultato di ciascun indicatore è da considerarsi positivo se si posiziona all'interno del range, per calcolarlo risulta necessario sottrarre e sommare 5 unità al benchmark di ogni indicatore determinando in tal modo i valori che lo delimitano (nei casi in cui il benchmark è inferiore a 10 l'unità da sottrarre e sommare è 1).

Tabella 9.1 “Cruscotto” indicatori servizi sanitari di genere

FAMIGLIA DI INDICATORI	INDICATORI	BENCHMARK
INDICATORI DI ACCESSO AI SERVIZI SANITARI DI GENERE	Σ dei servizi strutturali dedicati alle donne attivi presso l'ospedale	≥ 2
	$\frac{\text{Numero di donne che conoscono il servizio sanitario (X)}}{\text{Numero totale di donne}} \times 100$	≥ 15
	$\frac{\text{Pazienti che hanno usufruito almeno di un servizio sanitario di genere}}{\text{Totale delle pazienti che conoscono i servizi sanitari di genere}} \times 100$	≥ 65
	$\frac{\text{Utilizzatrici dei servizi sanitari di genere presso la struttura (Y)}}{\text{utilizzatrici dei servizi sanitari di genere}} \times 100$	≥ 85
	$\frac{\text{Numero di donne che non era a conoscenza dei servizi sanitari di genere}}{\text{Numero di donne che non utilizza i servizi sanitari di genere}} \times 100$	≤ 60
INDICATORI DI COMUNICAZIONE SANITARIA DI GENERE	$\frac{\text{Numero pazienti che sono venute a conoscenza dei servizi sanitari di genere offerti tramite passaparola}}{\text{Totale pazienti che conoscono i servizi offerti}} \times 100$	32
	$\frac{\text{Numero pazienti che sono venute a conoscenza dei servizi sanitari di genere offerti tramite MMG}}{\text{Totale pazienti che conoscono i servizi offerti}} \times 100$	38
	$\frac{\text{Numero pazienti che sono venute a conoscenza dei servizi sanitari di genere offerti tramite internet}}{\text{Totale pazienti che conoscono i servizi offerti}} \times 100$	5
	$\frac{\text{Numero pazienti che sono venute a conoscenza dei servizi sanitari di genere offerti tramite materiale promozionale istituzionale}}{\text{Totale pazienti che conoscono i servizi offerti}} \times 100$	20
INDICATORI DI INTEGRAZIONE SANITARIA DI GENERE	Numero di percorsi di genere integrati formalizzati	
	$\frac{\text{Numero di pazienti che hanno usufruito a seguito dell'utilizzo di un servizio di prevenzione di genere di un servizio di cura presso la medesima struttura}}{\text{Numero donne che hanno utilizzato i servizi sanitari di genere}} \times 100$	≥ 30
	$\frac{\text{Numero di pazienti che a seguito dell'utilizzo di un servizio di prevenzione di genere hanno cambiato stile di vita}}{\text{Numero donne che hanno utilizzato i servizi sanitari di genere}} \times 100$	≥ 10
	$\frac{\text{Numero di pazienti che a seguito dell'utilizzo di un servizio di prevenzione di genere hanno portato altre persone presso la struttura}}{\text{Numero donne che hanno utilizzato i servizi sanitari di genere}} \times 100$	≥ 10
INDICATORI SANITARI DEDICATI ALLE DONNE IMMIGRATE	$\frac{\text{Numero di straniere che ritengono che le informazioni date le abbiano spinte ad utilizzare maggiormente il servizio}}{\text{Totale donne straniere}} \times 100$	≥ 15
	$\frac{\text{Numero di donne straniere che dichiarano di non utilizzare i servizi sanitari per mancanza di tempo}}{\text{Totale donne straniere}} \times 100$	≤ 50
	$\frac{\text{Numero di donne straniere che dichiarano di non utilizzare i servizi sanitari per ragioni economiche}}{\text{Totale donne straniere}} \times 100$	≤ 30
	$\frac{\text{Numero mediatori culturali}}{\text{Donne stranieri residenti}}$	

9.3 *Next step*

La ricerca esplorativa svolta sulle prestazioni sanitarie di genere ha fatto emergere la necessità di suggerire possibili indicatori di *gender policy*, che di seguito vengono riportati, che permettano di valutare adeguatamente, in un futuro, l'orientamento al genere delle strutture sanitarie.

Un primo elemento che si dovrà tenere in considerazione è la raccolta dei dati per genere da parte delle strutture ospedaliere. Come esplicitato dall'OMS risulta necessario *“creare un sistema di ricerca focalizzato sulla costruzione di sistemi di misurazione che tengano conto della molteplicità delle variabili, includendo l'analisi di genere in tutti i campi della ricerca”*.⁶⁶.

- Raccolta dati per genere

Un fattore gestionale fondamentale che determinerà l'orientamento al genere di una struttura ospedaliera sarà rappresentato dall'inclusione aziendale di obiettivi specifici. Diffondendo un approccio complessivo di *mainstreaming* assicurando che tutte le politiche e tutti gli interventi tengano conto delle specificità legate al genere:

- Inclusione negli obiettivi dell'ospedale di politiche sanitarie di genere

⁶⁶ *Gender strategy*, WHO (2007)

Ulteriore elemento di innovazione organizzativa con una prospettiva di genere dovrà essere la formazione del personale ospedaliero, sia sanitario che amministrativo su tale tematica, permettendo in tal modo una comprensione della materia ed un “avvicinamento” ad essa. Questo obiettivo può essere realizzato attraverso l’organizzazione di corsi di formazione rivolti ai dirigenti e ai dipendenti inerenti la legislazione specifica, l’applicazione di buone prassi relative all’organizzazione, la gestione del lavoro e le politiche di uguaglianza e gestione della diversità.

Vengono in tal senso appositamente proposti due indicatori per valutare la percentuale dei corsi di formazione di medicina di genere realizzati da ogni struttura sanitaria e la percentuale di personale ospedaliero coinvolto:

- Percentuale dei corsi di formazione di medicina di genere per il personale

$$\frac{\textit{Numero corsi di formazione di genere per il personale}}{\textit{Numero corsi di formazione per il personale}} \times 100$$

- Percentuale del personale che abbia partecipato a corsi di formazione sulla medicina di genere

$$\frac{\textit{Numero di personale che abbia partecipato a corsi di formazione sulla medicina di genere}}{\textit{Totale personale}} \times 100$$

Risulterà inoltre interessante valutare il numero di risorse umane dedicate a ciascun servizio sanitario di genere in ogni singolo ospedale rispetto agli accessi effettuati nel medesimo servizio. Si potrà così determinare la reale riconfigurazione della struttura ospedaliera in un'ottica di genere:

- Numero operatori dedicati al servizio sanitario di genere (x) rispetto agli accessi effettuati

$$\frac{\text{Numero operatori dedicati al servizio sanitario di genere}(x)}{\text{Numero accessi al servizio sanitario di genere}(x)} \times 100$$

Il manager sanitario dovrà essere in grado, secondo le raccomandazioni OMS⁶⁷, di:

- Recognize the effects of one's own gender identity and biases on public health work.
- Recognize the importance of a gender perspective to meet public health objectives and outcomes.
- Identify and respect gender differences and gender diversity.
- Work towards reducing gender inequalities by situating gender within a framework of the social determinants of health using an equity and rights perspective.
- Evaluate existing information, research, policies and programmes using gender analysis including gender analysis of institutions to determine the power dynamics that shape these processes.
- Develop research, policies and programmes that integrate gender perspectives and are gender transformative.

⁶⁷ *Integrating gender into the curricula for health professionals*, WHO (2006)

- Incorporate gender within indicators for monitoring information, research, policies and programmes.
- Identify key partners and work collaboratively towards building a gender perspective to meet public health objectives.
- Develop communication and advocacy skills that help them to become gender competent agents of change.
- Recognize the impact of a well-functioning health system including allocation and budgetary issues and the implications of other social sector allocations for gender equity in public health.

L'ultimo indicatore, che mi sembra interessante introdurre, darà la possibilità di valutare gli sforzi profusi nella ricerca scientifica sulla medicina di genere in ogni struttura ospedaliera, valutando la percentuale di pubblicazioni dedicate a tale tematica. Poiché l'OMS ha raccomandato di *“promuovere il progresso dell'equità di genere nel campo della salute affinché donne e uomini, bambine e bambini siano considerati nella politica, nella programmazione e nell'educazione di coloro che sono preposti alla cura; formare e informare sulla promozione del genere e della salute della donna; sostenere e promuovere la ricerca e la formazione di genere in tutte le sedi istituzionali nazionali ed internazionali”*.

- Percentuali delle pubblicazioni dedicate alle patologie femminili nella struttura ospedaliera (Y)

$$\frac{\text{Numero pubblicazioni dedicate a patologie femminili nella struttura (Y)}}{\text{Tot pubblicazioni nella struttura (Y9)}} \times 100$$

9.4 *Raccomandazione*

Si auspica che questa ricerca possa diventare un primo passo per l'attivazione di interventi e azioni coerenti, nell'individuazione degli obiettivi, nelle scelte di programmazione, nell'organizzazione e nelle modalità operative dei servizi, ma anche nei contenuti delle professionalità in un'ottica di genere. Nonostante siano molteplici le dichiarazioni formali delle Istituzioni nazionali e internazionali ed esistano numerose evidenze scientifiche, la salute delle donne è sì considerata una sfera privilegiata di intervento della sanità pubblica, ma scarso è l'investimento nelle politiche di genere e nell'erogazione di servizi sanitari di genere quale leva fondamentale del cambiamento.

BIBLIOGRAFIA

Abdool S., Vissandjee A., *An inventor of conceptual frameworks and women's health indicators*, Consortium Università de Montreal, 2001

Achard P., *Economia ed organizzazione delle imprese sanitarie*, Franco Angeli, Milano, 1999

Adams Patch, *Salute!*, Urrà Edizioni, Milano, 2004

Bierman A., *Sex matters: gender disparities in quality and outcomes of care*, CMAJ 2007

Bruni Attila, Fasol Rino, Gherardi Silvia, *L'accesso ai servizi sanitari*, Carocci Faber, Roma, 2007

Cantù Elena, Lega Federico, *Management e gestione dei servizi sanitari*, Egea, Milano, 2007

Catemario Maria Giulia, Conti Paola, *Donne e leadership*, Rubbettino Editore, Roma 2003

CENSIS, *Fiduca, dialogo, scelta. Il rapporto medico paziente e le patologie cardiovascolari*, Franco Angeli, Milano, 2008

Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "V. Bachelet", *Libro bianco sui principi fondamentali del servizio sanitario nazionale*, Ministero della Salute, Roma, 2008

Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie, *Stato di attuazione del Piano nazionale della prevenzione 2005-2007*, Roma, gennaio 2008

Clerico G., Rey M., *Efficacia ed efficienza nella produzione dei servizi sanitari*, Franco Angeli, Milano, 1997

De Pietro C., *Diseguaglianze in Sanità: le sfide per il management*, in *Mecosan*, 2007 n 64 Pag. 9-21

Diallo and others, *Guidance Note on "Reproductive Health Programme Performance Indicators"*, Eclac, 1996

Division of Reproductive Health, *Selecting Reproductive Health Indicators*, WHO, 2007

Doyal L., *Sex, gender, and health: the need for a new approach*, BMJ, 2001

Facchini Carlo, Ruspini Elisabetta, *Salute e disuguaglianze*, Franco Angeli, Milano, 2002

Faretto G., *Il cliente nella sanità*, Franco Angeli, Milano, 2002

Favretto Giuseppe, *Organizzare la soddisfazione in sanità*, Franco Angeli, Milano, 2007

Focarile Fabio, *Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria*, Centro scientifico editore, Torino, 2007

Fowler R., Sabur N, Li P., *Sex-and age-based differences in the delivery and outcomes of critical care*, CMAJ, 2007

Gabassi Pier Giorgio, Gregori Dario, *Indagine e valutazione in sanità*, Franco Angeli, Milano, 2003

Gaia E., Poncini D., *Il dipartimento Ospedaliero*, Minerva Editore, Torino, 1996

Gori E., Vittadini C., *La valutazione dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi alla persona*, ETAS LIBRI, Milano, 2001

Groene Oliver, *Implementare la Promozione della Salute negli Ospedali: Manuale e schede per l'autovalutazione*, WHO, 2006

Grown C., Gupta G., Pande R., *Taking action to improve women's health through gender equality and women's empowerment*, Lancet, 2005

Joint Commission International, *Programma triennale per l'implementazione del sistema di valutazione delle aziende sanitarie accreditate e del management delle aziende sanitarie pubbliche*, Ministero della Salute, Roma, 2007

Kramers P., *The ECHI project: health indicators for the European Community*, European Journal of Public Health, September 2003, Volume 13, Supplement 1

Langan M., Ostner L., *Gender and welfare*, in Room G. (ed.), *Towards a European Welfare State?*, Arrowsmith Ltd. , Bristol, 1991

Lega Federico, *Gruppi e reti aziendali in sanità*, Egea, Milano, 2002

Mckee, Healy J., *Hospitals in a changing Europe Oxford*, Oxford Press, 2001

Ministero della Salute, *La salute delle donne: un diritto in costruzione*, Ministero della Salute, 2008

Ministero della Salute, *Piano sanitario nazionale 2006-2008*, Ministero della Salute, 2006

Molteni M., *Le misure di performance nelle aziende non profit di servizi alla persona*, CEDAM, Italia, 1997

Monaci Massimiliano, *Genere e organizzazione*, Guerini e associati, Milano, 2002

Niesse, Girjseels, Rutten, *The evidence based approach in health policy and health care delivery*, Social science and medicine, Stoccolma, 2000

OECD, *Salute e sanità a confronto: indicatori ocse*, OECD, Parigi, 2006

Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, *La salute della donna. Stato di salute e assistenza nelle regioni Italiane. Libro Bianco*, Franco Angeli, Milano 2007

Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, *La salute della donna. Proposte, strategie, provvedimenti per migliorarla, Libro Verde*, Franco Angeli, Milano, 2008

Pagano Antonio, Vittadini Giorgio, *Qualità e valutazione delle strutture sanitarie*, ETAS, Milano, 2004

Pasini Nicola, *La salute degli immigrati in Lombardia*, Fondazione ISMU, Milano, 2004

Pesaresi F., *I Dipartimenti Ospedalieri, la storia , i modelli regionali, i regolamenti*, Edizione ASI, Roma, 2000

Pessina E., Cantù E., Carbone C., Lecci F. *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto OASI 2008, Egea, Milano

Pessina E., Cantù E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto OASI 2000, Egea, Milano

Pessina E., Cantù E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto OASI 2001, Egea, Milano

Pessina E., Cantù E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto OASI 2005, Egea, Milano

Prete Anna, Pastore Lorenza, Tellini Valeria, *Lo stato di salute delle donne in Italia*, Ministero della Salute, 2007

Regione Lombardia, *Le Buone Pratiche di Promozione della Salute negli ospedali della Regione Lombardia*, Regione Lombardia, 2007

Roti L., Gini R., *Gli indicatori di salute e di performance del sistema sanitario in Italia*, Agenzia Regionale Sanità Toscana, 2007

Sen G, Östlin P, George A., *Unequal, unfair, ineffective and inefficient: gender inequity in health: Why it exists and how we can change it* , WHO, Stockholm, 2007

Siliquini R., *La medicina di genere*, Care, 2008

UNIFEM, *Promoting Gender Equality in New Aid Modalities and Partnerships*, UNIFEM, 2006

Vignati Eugenio, Bruno Paolo, *Tecniche di management sanitario*, Franco Angeli, Milano, 2002

Vissandjèe B., Weinfeld M., Dupère S., Abdool S., *Sex, Gender, Ethnicity, and Access to health Care Services: Research and policy Challenges for immigrant women in Canada*, Journal of International Migration and integration, Volume 2, 2004

Westerling R., *Decreasing gender differences in 'avoidable' mortality in Sweden* Scand, J Public Health, Stoccolma, 2003

WHO, *Developing standards for health promotion in hospitals*, WHO Regional Office for Europe, Geneva, 2003

WHO, *En-gendering' the Millennium Development Goals (MDGs) on Health*, WHO, Geneva, 2003

WHO, *Gender analysis in health*, WHO, Geneva, 2002

WHO, *Health Promotion glossary*, WHO, Geneva, 1991

WHO, *Improving maternal and perinatal health: European strategic approach for making pregnancy safer*, WHO Regional Office for Europe, Geneva, 2008

WHO, *Integrating gender into the curricula for health professionals*, WHO, Geneva, 2006

WHO, *Ottawa Charter for Health Promotion*, WHO, Geneva, 1986

WHO, *Strategic Action Plan for the Health of Women in Europe*, WHO Regional Office for Europe, Geneva, February 2001

WHO, *The World Health Report 2007:Safer future*, WHO, Geneva, 2007

WHO, *The World Health Report 2008: Now more than ever*, WHO, Geneva, 2008

WHO, *WHO Gender Strategy*, WHO, Geneva, 2007

Wilson J., *Marketing Passaparola*, Franco Angeli, Milano, 2008

Siti Web consultati

<http://csd.georgetown.edu/>

www.aobusto.it

www.aomelegnano.it

www.aovimercate.org

www.aovv.it

www.bmv.bz.it

www.bolognini.bg.it

www.ccm-network.it

www.euro.who.int/document

www.euro.who.int/gender

www.eurohealth.ie

www.eurohealth.ie

www.famiglia.regione.lombardia.it

www.fbf.milano.it

www.gendermedicine.org

www.gendermedjournal.com

www.hcrema.it

www.hsacco.it

www.hsacomo.org

www.ieo.it

www.istitutotumori.mi.it

www.medline.cos.com

www.ministerosalute.it

www.motherfriendly.org
www.multimedica.it
www.ondaosservatorio.it
www.ospedale.varese.it
www.ospedali.pavia.it
www.ospedaliriuniti.bergamo.it
www.osservasalute.it
www.policlinico.mi.it
www.provincia.milano.it
www.qualitymeasures.ahrq.gov
www.retehphitalia.it
www.saluter.it
www.sanita.regione.lombardia.it
www.smatteo.pv.it
www.temi.provincia.milano.it
www.unesco.it
www.who.int
www.womensresearch.ca

ALLEGATI

ALLEGATO 1

PROGETTO OSPEDALEDONNA: CERTIFICAZIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE E ASSEGNAZIONE DEI BOLLINI ROSA

Premessa

In Italia come in altri Paesi europei le donne costituiscono l'utenza prevalente dei Servizi sanitari: le donne vivono infatti più a lungo degli uomini e in peggiori condizioni di salute, infatti prevalgono sugli uomini in quasi tutte le patologie.

Di fronte a questa realtà sanitaria femminile la medicina non si presenta con gli strumenti adatti per affrontarla e pur volendo far fronte a delle necessità occorreranno molti anni per sanare questo "gap" costituito dalla non corretta presa di coscienza della differenza di genere nelle molteplici realtà della nostra organizzazione sanitaria.

Allo stato attuale la medicina e la sua organizzazione rischiano di diventare un fattore di rischio ulteriore per la salute della donna non essendo ancora muniti di presidi più mirati sul genere.

E' quindi assolutamente indispensabile introdurre una prospettiva di genere all'interno dell'erogazione delle cure mediche.

Le aziende sanitarie non possono esimersi dall'affrontare delle tematiche emergenti tenendo ben presente, come è stato ampiamente documentato, che una prospettiva di genere all'interno dell'erogazione delle cure mediche e dello sviluppo delle politiche sanitarie, migliorano la salute non solo delle donne , anche degli uomini.

Nonostante vi sia unanime consenso sul fatto che in ogni società conosciuta la donna svolga il ruolo di custode della salute e dell'igiene, tale centralità non trova in realtà a volte riscontro al momento del ricovero in ospedale.

Disegnati generalmente da architetti uomini, diretti e amministrati quasi sempre da uomini, divisi in reparti con Direttori di unità complesse in genere maschili, gli ospedali non sono quasi mai a misura di donna. A maggior ragione nella società contemporanea, fortemente multietnica in conseguenza dell'immigrazione e caratterizzata da donne che si battono per mantenere sé stesse e il proprio nucleo familiare legati alle origini geografiche, culturali e religiose, la centralità della donna va preservata.

Quando viene ricoverata in ospedale la donna spesso scopre che le sue esigenze non sono sempre tenute in considerazione: che i servizi igienici sono insufficienti, che il desiderio di privacy non è rispettato, che alle proprie abitudini alimentari (e alle eventuali loro restrizioni per motivi culturali e religiosi) non si pensa molto.

La risposta di O.N.Da

L'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (O.N.Da) ha ideato un programma speciale di segnalazione degli ospedali basato sul loro livello di "women friendship", cioè sul grado di attenzione posta non solo nei confronti dei campi della medicina dedicati alle patologie femminili, ma anche verso le esigenze specifiche delle donne ricoverate.

Tramite il proprio sito istituzionale e i normali canali di informazione (comunicati stampa, redazionali, interviste) il programma di O.N.Da è reso pubblico sollecitando così le eventuali candidature di quegli ospedali che hanno i requisiti necessari.

Il progetto è volto a identificare delle realtà clinico e/o scientifiche fortemente all'avanguardia nel panorama sanitario italiano al fine di facilitare la scelta del luogo di cura da parte delle donne.

Alle strutture ospedaliere che possiedono i requisiti identificati dall'Osservatorio vengono assegnati dei bollini rosa che attestano il loro impegno nei confronti delle malattie femminili.

L'obiettivo di questa iniziativa, è premiare le strutture che già possiedono caratteristiche a misura di donna e incentivare le altre ad adeguarsi nel tempo ai parametri definiti dall'Osservatorio.

Il Comitato Ospedale Donna

Si è insediata l'8 marzo 2007 il Comitato Ospedale Donna dell'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna preposto all'assegnazione dei bollini rosa.

Il Comitato, che si riunirà periodicamente per esaminare le richieste e per attribuire i bollini rosa, è costituito da: **Laura Pellegrini** (Presidente), Adriana Albini, Paola Bertagnolli, Giuliano Binetti, Maria Luisa Brandi, Cinzia Caporale, Maura Cossutta, Flori Degrassi, Francesca Merzagora, Maria Grazia Modena, Maria Antonietta Nosenzo, Gianna Schelotto, Nicla Vassallo.

I criteri di attribuzione dei bollini rosa

- **1 bollino rosa:** reparto per patologie femminili specifiche, applicazione dei LEA (livelli essenziali di assistenza) con particolare riferimento all'appropriatezza delle prestazioni, accreditamento e certificazione per i requisiti alberghieri e strutturali
- **2 bollini rosa:** requisiti per ottenere 1 bollino rosa + pubblicazioni scientifiche sulle patologie femminili e Comitato Etico con almeno tre componenti femminili
- **3 bollini rosa:** requisiti per ottenere 2 bollini rosa + donne in posizioni apicali (Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Scientifico, Direttore Dipartimento, Direttore di Unità Operative complesse), personale infermieristico prevalentemente femminile, caratteristiche multietniche (cucina

non tradizionale occidentale e documentazione informativa multilingua), centralità della paziente e struttura a misura di donna sotto il profilo architettonico



PROGETTO OSPEDALE DONNA 2008

MODULO DA COMPILARE PER PRESENTARE LA CANDIDATURA

La compilazione del seguente documento per l'assegnazione dei Bollini rosa deve essere effettuata a cura della Direzione Generale/Sanitaria o di una persona che abbia una conoscenza globale di tutta la struttura sanitaria che si candida.

Si prega di inviare il documento per posta elettronica a relazioniesterne@ondaosservatorio.it
Nel caso non fosse possibile, inviarlo via fax al numero **02 29004729**.

I SEGUENTI CAMPI DEVONO ESSERE COMPILATI IN TUTTE LE PARTI:

OSPEDALE (indicare esattamente il nome della struttura sanitaria, specificando se ASL, A.O., IRCCS, struttura universitaria, privata, ecc.):

VIA _____

CITTA' _____ **CAP** _____ **PROV** _____

DIRETTORE GENERALE (nome e cognome): _____

e-mail: _____

TEL _____ **FAX** _____

DIRETTORE SANITARIO (nome e cognome): _____

e-mail: _____

TEL: _____ **FAX** _____

REFERENTE PROGETTO (nome e cognome): _____

Qualifica: _____ **e-mail** _____

TEL: _____ **FAX** _____

1 BOLLINO ROSA

L'ospedale che desidera candidarsi per ottenere **1 bollino rosa** deve essere in possesso dei seguenti requisiti:

1. Applicazione LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) con particolare riferimento all'appropriatezza delle prestazioni.
2. Attività/prestazioni all'avanguardia nella cura delle patologie femminili e nell'assistenza alle donne. Specificare il reparto e descriverne l'attività nell'elenco sottostante:

REPARTO/AMBULATORIO	DESCRIZIONE ATTIVITA'
Ostetricia	
Ginecologia	
Chirurgia	
Oncologia	
Cardiologia	
Neurologia	
Malattie Infettive	

Endocrinologia	
Dietologia	
Altro	

2 BOLLINI ROSA

L'ospedale che desidera candidarsi per ottenere **2 bollini rosa** deve essere in possesso dei requisiti per ottenere 1 bollino rosa e in aggiunta avere:

1. Pubblicazioni scientifiche sulle patologie femminili negli ultimi 3 anni: allegare elenco con riferimenti bibliografici (autori, titolo, anno pubblicazione, rivista, pag, impact factor)
2. Al proprio interno un Comitato Etico con almeno 3 componenti femminili.
Specificare nome e cognome:

3 BOLLINI ROSA

L'ospedale che desidera candidarsi per ottenere **3 bollini rosa** deve essere in possesso dei requisiti per ottenere 2 bollini rosa e in aggiunta avere:

1. Donne in posizioni apicali (specificare nome e cognome):

Direttore Generale _____

Direttore Sanitario _____

Direttore Scientifico _____

Direttore Dipartimento (specificare nome, cognome, dipartimento)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Direttore Unità Operativa Complessa (specificare nome, cognome, unità)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

2. Personale infermieristico prevalentemente femminile, indicare la % sul totale:

3. Caratteristiche multiethniche (cucina non tradizionale occidentale, documentazione informativa multilingua, ecc.):

4. Centralità della paziente e struttura a misura di donna sotto il profilo architettonico:

ECCELLENZE AL FEMMINILE

Dall'esame dei questionari degli ospedali che hanno inviato la propria candidatura nel 2007, sono emersi i seguenti servizi a favore delle donne che desideriamo segnalare quale spunto di miglioramento. Indicare a fianco se la Sua struttura possiede le seguenti caratteristiche:

CARATTERISTICHE	SI	IN FASE DI REALIZZAZIONE
Ospedale amico dei bambini (raccomandazione UNICEF)		
Parto in acqua		
Possibilità di ospitare donne con figli ricoverati in neonatologia o terapia intensiva con cucina interna		
Accoglienza fratellini per favorire la conoscenza e l'accettazione dei neonati		
Biblioteca con disponibilità di libri sulla gravidanza, puerperio, educazione infantile		
Ambulatorio di Psicologia Clinica per gravidanze fisiologiche e a rischio, interruzioni di gravidanza fisiologiche e terapeutiche, diagnosi prenatale, depressione post partum		
Ambulatorio per la salute mentale delle donne migranti		
Centro Soccorso Violenza Sessuale SVS: tutela per le donne maltrattate, vittime di violenze sessuali, dimissione protetta della madre		
Programmi informativi per le pazienti e incontri di sostegno psicologico per favorire anche gruppi di auto aiuto		
Laboratorio terapeutico (es. corsi pittura, danza, cucina, Pet Terapy, clownterapia)		
Unità di senologia (Breast Unit)		
Counselling genetico per donne ad aumentato rischio tumorale		

Programma di prevenzione del virus HPV attraverso vaccinazione		
Presenza di luoghi per agevolare la comunicazione e la socializzazione delle donne ricoverate		
Cucina multietnica con menù multi lingue		
Presenza di mediatori culturali o iniziative per promuovere la comunicazione con donne provenienti da altri paesi		
Prevenzione delle malattie femminili per il personale sanitario		
Comitato pari opportunità per maggiore benessere lavorativo delle donne		
Asilo nido aziendale per dipendenti ospedalieri		
Campagne di informazione sul territorio sulle malattie a più alta incidenza femminile (ASL)		
Corsi di Educazione Sanitaria per la popolazione sulla prevenzione delle malattie femminili		
Programmi di prevenzione per infezioni sessualmente trasmesse ed educazione al sesso sicuro		
Corsi di formazione per MMG per sensibilizzarli sulla prevenzione e diagnosi precoce di malattie ad alta incidenza femminile.		

Qualora nella Sua struttura fossero in atto altri progetti specifici rivolti alle donne, La invitiamo a segnalarlo.

Data _____ Firma leggibile e
qualifica _____

ALLEGATO 2

QUESTIONARIO SUI SERVIZI SANITARI DI PROMOZIONE/PREVENZIONE DI GENERE PER I PAZIENTI

1) Dati generali

- 1.1) **Nazionalità:** Italiana Straniera, specificare _____
- 1.2) **Età:** 10-18 anni 18-26 anni 26-34 anni 34-42 anni
 42-50 50-58 anni > 58 anni
- 1.3.) **Titolo di studio** Licenza media inferiore Licenza media superiore Laurea
 Diploma di Master/Phd
- 1.4) **Professione:** Studente Impiegata Casalinga Libero professionista

2) Segnare con una X quale servizio di prevenzione/promozione lei conosce (massimo 3)

Tipologie di servizi di prevenzione/promozione	
PREVENZIONE AL TUMORE ALLA MAMMELLA	
AMBULATORI DEDICATI ALLA CONTRACCEZIONE	
PREVENZIONE DEI DANNI CARDIOVASCOLARI	
PREVENZIONE E CURE DELLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE	
PROMOZIONE ALLATTAMENTO AL SENO	
PROMOZIONE STILI DI VITA ADEGUATI	
PREVENZIONE HPV	
PREVENZIONE MUTILAZIONE GENITALI FEMMINILI	
PREVENZIONE OSTEOPOROSI	
AMBULATORIO MENOPAUSA	
AMBULATORIO PREVENZIONE DEPRESSIONE POST PARTUM	

3) Come è venuta a conoscenza dei servizi offerti da questa struttura?

- Passaparola - su consiglio di conoscenti
 Consiglio del medico di base
 Internet
 Materiale promozionale
 Altro, specificare _____

4) Ha mai usato almeno uno di questi servizi? Si No

4.1.) Se si, presso questa struttura? Si No

4.1.1.) In caso la struttura fosse diversa, perché ha cambiato la struttura ospedaliera? _____

4.2.) Se no, perché?

- Mancanza di tempo
- Economica
- Non era a conoscenza dell'esistenza del servizio
- Altro, specificare _____

5) Quali sono i servizi che utilizza con più frequenza e con quale frequenza (massimo 3)

Tipologie di servizi di prevenzione/promozione		Ogni 3-6 mesi	Ogni 6-12 mesi	Ogni 12-36 mesi
PREVENZIONE AL TUMORE ALLA MAMMELLA				
AMBULATORI DEDICATI ALLA CONTRACCEZIONE				
PREVENZIONE DEI DANNI CARDIOVASCOLARI				
PREVENZIONE E CURE DELLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE				
PROMOZIONE ALLATTAMENTO AL SENO				
PROMOZIONE STILI DI VITA ADEGUATI				
PREVENZIONE HPV				
PREVENZIONE MUTILAZIONE GENITALI FEMMINILI				
PREVENZIONE OSTEOPOROSI				
AMBULATORIO MENOPAUSA				
AMBULATORIO PREVENZIONE DEPRESSIONE POST PARTUM				

6) In riferimento al servizio che lei ha utilizzato con più frequenza quali dei seguenti cambiamenti ha denotato come paziente?

- Ho iniziato ad utilizzare altri servizi di prevenzione / promozione della struttura
- Ho iniziato ad utilizzare servizi di cura e trattamento presso la medesima struttura
- Ho iniziato servizi di cura e trattamento presso un'altra struttura
- Ho cambiato abitudini/stili di vita(alimentazione,sport, ecc....)
- Ho cambiato le mie abitudini con il partner
- Ho portato presso la struttura altre persone
- Altro,specificare _____
- Nessuno

6.1) Se ha segnato “Ho iniziato ad utilizzare servizi di cura e trattamento presso la medesima struttura o presso un’altra struttura”, spieghi il perchè _____

6.2) Se ha Segnato “Ho iniziato ad utilizzare servizi di cura e trattamento presso la medesima struttura o presso un’altra struttura”, specifichi quali tipologie di trattamento o d’esame:

6.3) Se ha marcato “Nessuno”, motivi la risposta _____

7) Ha suggerimenti per migliorare i servizi che ha marcato alla domanda numero 2?

Domande riservate alle pazienti di cittadinanza diversa da quella italiana

8) In quale situazioni si trova quando utilizza i servizi da lei segnati nella domanda numero 2?

- Le informazioni ricevute sono chiare
- Le informazioni ricevute non riflettono la mia cultura
- Le informazioni ricevute mi hanno invogliato /mi invogliano ad usare nel futuro il servizio
- Altro, specificare

9) Secondo lei quale di queste ragioni le impediscono di usare i servizi di prevenzione/promozione elencati nella tabella alla domanda numero 2?

- Mancanza di tempo
- Economiche
- Differenze culturali
- Contesto familiare
- Altro, specificare _____

QUESTIONARIO SUI SERVIZI SANITARI DI PROMOZIONE/PREVENZIONE DI GENERE PER IL PERSONALE SANITARIO

Marcare con una X per quale servizio di promozione/prestazione si lavora (massimo 2)

Tipologie di servizi di prevenzione/promozione	
PREVENZIONE AL TUMORE ALLA MAMMELLA	
AMBULATORI DEDICATI ALLA CONTRACCEZIONE	
PREVENZIONE DEI DANNI CARDIOVASCOLARI	
PREVENZIONE E CURE DELLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE	
PROMOZIONE ALLATTAMENTO AL SENO	
PROMOZIONE STILI DI VITA ADEGUATI	
PREVENZIONE HPV	
PREVENZIONE MUTILAZIONE GENITALI FEMMINILI	
PREVENZIONE OSTEOPOROSI	
AMBULATORIO MENOPAUSA	
AMBULATORIO PREVENZIONE DEPRESSIONE POST PARTUM	

1) Dati generali

1.1) Sesso: M F

1.2) Et : 30-40 anni 40-50 anni 50-60 anni > 60 anni

1.3.) Titolo Professionale

Medico Infermiere/a Personale Amministrativo Altro, specificare _____

1.4) Numero di anni di presenza presso la struttura _____

2) Quale miglioramento ha riscontrato a seguito dell'introduzione del servizio di prevenzione/promozione nella qualit  del servizio offerto?

3) Come è cambiata la programmazione del lavoro a seguito dell'introduzione del servizio in cui lei opera?

4)Quali sono gli aspetti positivi e negativi del cambiamento dell'attività lavorativa?

5)Quali tipologie di cambiamenti gestionali apporrebbe?

6)Ritiene che i servizi di prevenzione/promozione in cui Lei lavora siano capaci di rispondere alle esigenze della domanda? Si No

6.1)Perché?Motivare la risposta

7)La programmazione dei servizi di prevenzione/promozione in cui Lei lavora risponde alle esigenze e al carico di lavoro reale in cui opera? Si No

7.1)Perché?Motivare la risposta

8)La gestione dei servizi di prevenzione/promozione in cui Lei lavora risponde alle esigenze e al carico di lavoro reale in cui opera? Si No

8.1)Perché?Motivare la risposta

9)Da quando la struttura ha ricevuto l'accreditamento dei "Bollini Rosa" (riconoscimento rilasciato da O.N.Da - Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna) , può segnalare dei cambiamenti nella programmazione e nella gestione dei servizi sopranzi indicati?

Si No se sì, specificare_____

10) **Esistono piani gestionali “Gender Focused”?**

Si No se sì, quali _____

11) **Quale metodologia di controllo e monitoraggio utilizzate?**

12) **Esistono percorsi di genere integrati?**

Si No se sì, quali _____

13) **I servizi offerti sono differenziati per fascia d’età o per background culturale differente?**

Si No se sì, come _____

14) **Denota differenze nell’accesso e nella partecipazioni ai servizi di promozione e prevenzione da parte dei pazienti?**

Si No se sì, specificare _____

15) **Esistono particolare caratteristiche strutturali/percorsi che permettano un miglioramento del servizio di promozione e prevenzione?**

Si No se sì, specificare _____

16) **Secondo Lei le informazioni date ai pazienti di cittadinanza diversa da quella italiana:**

sono chiare riflettono la cultura della paziente hanno aumentato l’utilizzo del servizio

17) **Secondo Lei perché le pazienti di cittadinanza diversa da quella italiana non utilizzano i servizi sopra elencati? (Segnarne al massimo due)**

- Mancanza di tempo
- Mancanza di denaro
- Differenze culturali
- Contesto familiare
- Altro, specificare _____