

Atto Camera

Mozione 1-00094

presentata da

LIVIA TURCO

testo di

giovedì 29 gennaio 2009, seduta n.123

La Camera,

premesso che:

la salute della donna è un vero e proprio paradigma del livello di civiltà, democrazia e sviluppo di un Paese. Essa è l'indicatore del benessere di una società nel suo complesso, tanto più se si considera che la disuguaglianza di genere rispecchia ancora oggi tutte le altre disuguaglianze, discriminazioni e oppressioni. Nel mondo le donne sono ancora le più povere, le meno istruite, quelle con minor reddito e con minori diritti civili. Il riconoscimento del pieno diritto alla salute della donna non fa altro che rafforzare e promuovere la tutela di tutti gli altri diritti, sociali, civili, politici;

la promozione della salute della donna è un tema che non può essere circoscritto solo alle politiche sanitarie, ma che riguarda più in generale gli aspetti politici e culturali di un Paese. Le disuguaglianze nello stato di salute della popolazione reggono tutte le altre disuguaglianze e discriminazioni, quelle sociali;

anche nel nostro Paese, nonostante la straordinaria crescita di soggettività e di protagonismo, la maggioranza delle donne resta esiliata dai luoghi decisionali delle istituzioni, della politica, del lavoro. E questo soprattutto nel nostro Mezzogiorno;

per promuovere efficacemente la salute delle donne occorre attivare politiche, risorse, servizi, professionalità, ma anche costruire socialità, favorire mutamenti nel tessuto sociale delle relazioni, nella prassi sociale della solidarietà, della reciprocità, della libertà e della responsabilità tra le donne e gli uomini. Riconoscere le differenze non solo biologiche tra uomo e donna, ma anche quelle sociali e culturali in genere, è essenziale per delineare programmi ed azioni, per organizzare l'offerta dei servizi, per indirizzare la ricerca, per analizzare i dati statistici;

la promozione della salute delle donne per essere tale necessita innanzitutto dei dati sulla prevalenza di malattie e disturbi tra uomo e donna, ma anche dei dati sulle condizioni di lavoro, di vita, sui ruoli sociali e familiari, sulla natura e sulla qualità delle relazioni, sui vissuti delle donne;

le condizioni di salute delle donne in Europa sono migliorate in modo significativo negli ultimi decenni, anche se persistono alcuni fattori che ostacolano la parità anche in relazione alla salute stessa. La persistente suddivisione dei ruoli e le disuguaglianze nelle relazioni di genere interagiscono con altri fattori sociali ed economici, dando luogo a modalità diverse e spesso poco eque di esposizione al rischio di malattie o a diversità di accesso e di utilizzo delle informazioni relative alla salute, alle terapie ed ai servizi;

le donne si ammalano di più. Secondo l'indagine Istat presentata il 2 marzo 2008 l'8,3 per cento delle donne italiane denuncia un cattivo stato di salute contro il 5,3 per cento degli uomini. Le malattie per le quali le donne presentano una maggiore prevalenza rispetto agli uomini sono: le allergie (+8 per cento), il diabete (+9 per cento), la cataratta (+80 per cento), l'ipertensione arteriosa

(+30 per cento), alcune malattie cardiache (+5 per cento), tiroide (+500 per cento), artrosi e artrite (+49 per cento), osteoporosi (+736 per cento), calcolosi (+31 per cento), cefalea ed emicrania (+123 per cento), depressione e ansietà (+138 per cento), morbo di Alzheimer (+100 per cento). Cresce tra le ragazze, di più che per i ragazzi, il consumo di alcool e la diffusione del fumo tra le donne;

secondo le statistiche internazionali, la malattia cardiovascolare è il killer numero uno per la donna. Sebbene sia la prima causa di morte per le donne tra i 44 e i 59 anni, è sempre stata invece considerata una malattia maschile. Esiste ancora un pregiudizio di genere che riguarda l'approccio ai problemi cardiovascolari delle donne;

le patologie psichiche sono prevalenti ed in crescita tra le donne; la depressione è la principale causa di disabilità delle donne tra i 15 e i 44 anni, la schizofrenia è sottostimata, le donne sono al primo posto nel consumo dei farmaci, ma sono poco rappresentate nei trials clinici o farmacologici;

l'endometriosi ha una prevalenza nella popolazione femminile di circa il 10 per cento e interessa circa il 30 per cento delle donne infertili. È spesso sottovalutata ed invalidante, provoca un grave stato di sofferenza psico-fisica nella donna. Il suo costo sociale, per le sole giornate lavorative non effettuate, è stimato attorno ai 4 miliardi di euro;

la violenza sessuale, fisica, psicologica, economica contro le donne rappresenta ormai una grande emergenza e una grande questione di civiltà per il nostro Paese. In Italia, secondo i dati Istat e del ministero dell'interno, nel corso dell'ultimo anno, un milione di donne ha subito violenza fisica o sessuale e nei primi sei mesi del 2007 ne sono state uccise 62, 141 sono state oggetto di tentato omicidio, 1.805 sono state abusate, 10.383 sono state vittime di sevizie o maltrattamenti. Dal 2004 al 2005 le violenze sessuali sono aumentate del 22 per cento e un caso su tre di decessi conseguenti a violenze carnali riguarda attualmente donne uccise dal marito, dal convivente o dal fidanzato. La violenza contro le donne ha una forte rilevanza sanitaria, per le conseguenze immediate delle lesioni fisiche e per gli effetti secondari: depressione, ansia, attacchi di panico, disturbi dell'alimentazione, dipendenze, disturbi sessuali e ginecologici, malattie sessualmente trasmissibili, disturbi gastrointestinali e cardiovascolari;

la salute sessuale e riproduttiva comprende, nella definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità, lo stato di benessere fisico, mentale e sociale correlato al sistema riproduttivo e alle sue funzioni. Ciò implica che le donne e gli uomini devono essere in grado di condurre una vita sessuale responsabile, soddisfacente e sicura, devono avere la capacità di riprodursi e la libertà di decidere se, quando, quanto possono farlo;

il tumore alla mammella rappresenta la neoplasia più frequente e la causa di morte per tumore più importante per le donne. Nonostante il piano nazionale di prevenzione e l'organizzazione dei programmi di screening abbiano fatto raggiungere importanti risultati, ancora vi sono forti disuguaglianze territoriali tra Nord e Sud, dove nel Mezzogiorno oltre il 60 per cento delle donne risulta ancora privo di un'offerta di mammografia all'interno di programmi organizzati;

la salute delle donne immigrate rappresenta una grande sfida per il sistema sanitario nazionale, rispetto all'organizzazione dei servizi, alle loro modalità operative, alle competenze professionali coinvolte, impegna il Governo:

a definire un approccio nuovo nella ricerca, nella sperimentazione e nei trattamenti farmacologici, tale che la medicina non sia più solo basata sul corpo maschile, ma evidenzi, ad esempio, con l'inclusione delle donne nei trials clinici, con le differenziazioni dei risultati per sesso, con le

indicazioni di genere sugli effetti correlati ai prodotti farmaceutici, sempre più anche quelle che sono l'esigenza specifiche del corpo femminile, così come evidenziato dall'Organizzazione mondiale della sanità;

a considerare tra le sue priorità la tutela e la promozione della salute materno-infantile, a partire dalla riduzione della mortalità materna e di quella neonatale e infantile, coniugando in ultima istanza naturalità e sicurezza come obiettivi entrambi necessari per la qualità e l'efficacia degli interventi;

a valutare l'adozione di misure di sistema in linea con la necessità di costruire politiche di sostegno per i giovani e le famiglie, tanto italiane quanto migranti, che prendano in considerazione, in maniera organica ed integrata, sia forme di provvidenze economiche, sia lo sviluppo della rete dei servizi sul territorio, a partire dai consultori familiari e agli asili nidi, nonché a predisporre risorse finanziarie adeguate alla legge 28 agosto 1997, n. 285, recante disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza;

a considerare la lotta ai tumori quale programma strategico del servizio sanitario nazionale, potenziando il sistema di screening oncologico, in particolare nel Sud del Paese, avviando anche campagne di sensibilizzazione sull'importanza degli screening per i tumori della cervice uterina, della mammella e del colon retto e a predisporre progetti di supporto multidisciplinari della donna dopo la diagnosi di tumore al seno;

a considerare l'endometriosi quale patologia sociale ed a predisporre un progetto nazionale per la promozione dell'informazione e della sensibilizzazione su questa patologia, coinvolgendo anche i medici di medicina generale, nonché i servizi territoriali, e a prevedere l'istituzione della Giornata nazionale per la lotta all'endometriosi, come già, del resto, adottata in altri Paesi europei;

a predisporre un registro nazionale per la raccolta dei dati, fino ad oggi non stimati o sottostimati e corsi specifici per il personale sanitario, nonché a prevedere la presa in carico della donna attraverso una rete assistenziale coordinata tra centri territoriali e centri di eccellenza, che siano anche centri di ricerca scientifica e clinica;

a considerare la violenza contro le donne una priorità della sanità pubblica ed a predisporre, all'interno dei pronto soccorso, luogo dove, oltre all'intervento sanitario sull'emergenza della violenza sessuale, si può far emergere la violenza domestica e si deve avviare un'organica risposta, anche sul piano psico-sociale, costruendo la rete con il territorio, sportelli di ascolto in cui siano presenti gruppi di operatrici che possano prendere in carico le donne vittime della violenza;

a porre in essere tutti gli strumenti più idonei alla sensibilizzazione e alla conoscenza dell'osteoporosi, attraverso la promozione di campagne informative sui corretti stili di vita, sulle cure oggi disponibili e sull'importanza di controlli specifici, presso le scuole e le strutture sanitarie, quali farmacie e ambulatori dei medici di famiglia;

ad introdurre tutte le misure più opportune al fine di offrire un servizio pubblico adeguato alla prevenzione e alla cura dell'osteoporosi, attraverso l'istituzione del registro delle fratture di fragilità, nonché a individuare e predisporre, d'intesa con le regioni, una specifica scheda di dimissione ospedaliera, che permetta di vedere riconosciuti i propri diritti ad una terapia;

a garantire, nell'ottica di un sistema sanitario nazionale pubblico e universalistico, la salute a tutte le donne, italiane e straniere, che vivono nel nostro Paese;

a programmare, organizzare i servizi, la professionalità degli operatori anche in relazione alla presa in carico non solo delle donne italiane, ma anche secondo i bisogni di salute delle donne immigrate, insistendo su alcune criticità come la salute sessuale e riproduttiva, il percorso nascita, l'interruzione volontaria di gravidanza, la salute mentale, le donne prostitute e vittime della tratta, le donne vittime delle mutilazioni genitali femminili, nonché ad evidenziare il ruolo della figura del mediatore culturale all'interno delle strutture sanitarie, affinché sia facilitato l'accesso alle prestazioni alle donne immigrate;

ad incorporare specifici obiettivi relativi alla parità di genere nell'ambito del metodo aperto di cooperazione nel campo della salute, tra cui il rafforzamento dei programmi di prevenzione, che migliorano la salute delle donne, il finanziamento della parità di accesso ai servizi sanitari e una formazione del personale medico, che risponda alle necessità della tutela della salute ed alle patologie femminili;

a consolidare le iniziative con una dimensione di genere che si rivolgono alle malattie sessualmente trasmesse, all'hiv-aids ed alle questioni inerenti i diritti riproduttivi e sessuali, affermando con chiarezza l'assoluto diritto di ogni donna di decidere sul numero ed i tempi delle gravidanze;

ad analizzare le conseguenze della disuguaglianza di genere sulla salute delle donne, tra cui le conseguenze della suddivisione dei ruoli negli obblighi domestici e della divisione disuguale del lavoro domestico e di cura, predisponendo una rete territoriale di servizi adeguata al sostegno alla non autosufficienza, al fine di alleviare il peso gravoso che ricade essenzialmente sulla donna che accudisce il familiare disabile.

(1-00094)

«Livia Turco, Sereni, Argentin, Binetti, Bossa, Bucchino, Burtone, Calgaro, D'Incecco, Grassi, Lenzi, Miotto, Mosella, Murer, Pedoto, Rubinato, Sbroliini, Concia».