



L'ACCESSIBILITÀ DEI SERVIZI DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA ALLE DONNE CON DISABILITÀ

Gruppo donne UILDM

L'ACCESSIBILITÀ DEI SERVIZI DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA ALLE DONNE CON DISABILITÀ

Rapporto di ricerca - 2013

a cura di Simona Lancioni

Padova, Gruppo donne UILDM, 2013

In copertina foto di Annalisa Benedetti.

Il presente rapporto è stato concluso nel mese di settembre 2013.

Le attività del Gruppo donne UILDM

Il Gruppo donne UILDM si è costituito in modo informale nel 1998, in occasione delle Manifestazioni Nazionali UILDM di Palermo. Esso promuove un'attività culturale unica nel suo genere che mira a rendere visibile e a far conoscere la condizione delle donne con disabilità, nonché a promuovere la consapevolezza e il riconoscimento dei diritti delle stesse. Le tematiche affrontate in prospettiva di genere sono numerose: corpo, ginecologia, sessualità, gravidanza e maternità, vita indipendente, lavoro, amore e altri sentimenti, arte, spettacolo, sport, comunicazione, violenza sulle donne, lavoro di cura.

Negli anni ha organizzato quattordici eventi, prodotto quattordici pubblicazioni della collana "Donne e disabilità", prodotto e raccolto materiale documentario, articoli, interviste e altri documenti, tutti fruibili on line alla pagina web: www.uildm.org/gruppodonne

Riferimenti del Gruppo donne UILDM

GRUPPO DONNE UILDM c/o Segreteria nazionale UILDM - Via Vergerio 19/2 - 35126 Padova

tel. 049.8021001, fax 049.757033, e-mail: gruppodonne@uildm.it, sito: www.uildm.org/gruppodonne

Collaborazioni e ringraziamenti

*Oltre all'esperienza e alla competenza delle donne con disabilità, per realizzare la presente ricerca, il Coordinamento del Gruppo donne UILDM ha potuto contare sulle competenze di molti altri **professionisti e professioniste**, senza l'aiuto dei quali e delle quali questa indagine non sarebbe stata possibile. Tutte queste persone hanno collaborato a titolo gratuito e meritano un caloroso ringraziamento.*

Consulenti per la **parte sanitaria**

- **Marialuisa Framarino dei Malatesta** professoressa di Ginecologia e Ostetricia, Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia 1, Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Sapienza di Roma, consulente della Commissione Medico-Scientifica della UILDM Nazionale.

- **Tullia Todros** professoressa presso l'Università di Torino, direttrice del Reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale Sant'Anna di Torino, consulente della Commissione Medico-Scientifica della UILDM Nazionale.

- **Paola Castagna**, dottoressa, gestisce l'ambulatorio ostetrico-ginecologico dedicato alle donne con disabilità fisica e psichica all'Ospedale Sant'Anna di Torino, referente ginecologa per il Centro Traumatologico presso il quale segue le pazienti affette da spina bifida in collaborazione con il Prof. Carone dell'Unità Spinale di Torino.

Consulente per la parte di **accessibilità architettonica/ambientale**

- **Piera Nobili**, architetta, presidente del CERPA Italia Onlus – Centro europeo di ricerca e promozione dell'accessibilità -, persona attiva e competente sulle questioni del genere femminile.

Consulente per la **revisione del questionario**

- **Ivan Cortinovis**, statistico medico presso il Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità dell'Università degli Studi di Milano.

Le **rilevazioni sul territorio** sono state effettuate da **Francesca Arcadu, Valentina Boscolo, Oriana Fioccone, Simona Lancioni, Fulvia Reggiani e Gaia Valmarin.**

Consulente per la **parte giuridica**

- **Carlo Giacobini**, responsabile Centro per la documentazione legislativa della UILDM Direzione Nazionale, direttore responsabile di HandyLex.org, direttore editoriale del portale Superando.it.

Il repertorio di risorse documentarie e bibliografiche in tema di progettazione accessibile di strutture sanitarie è stato realizzato dal **Centro Regionale di Informazione e Documentazione (CRID)**, un servizio promosso dalla Regione Toscana.

«Gli Stati Parti riconoscono che le persone con disabilità hanno il diritto di godere del migliore stato di salute possibile, senza discriminazioni fondate sulla disabilità. Gli Stati Parti adottano tutte le misure adeguate a garantire loro l'accesso a servizi sanitari che tengano conto delle specifiche differenze di genere, inclusi i servizi di riabilitazione. In particolare, gli Stati Parti devono:

(a) fornire alle persone con disabilità servizi sanitari gratuiti o a costi accessibili, che coprano la stessa varietà e che siano della stessa qualità dei servizi e programmi sanitari forniti alle altre persone, compresi i servizi sanitari nella sfera della salute sessuale e riproduttiva e i programmi di salute pubblica destinati alla popolazione []»

Articolo 25, Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (ratificata dall'Italia con la Legge 18/2009).

A Gaia Valmarin

INDICE

Presentazione. Chi progetta un servizio sanitario progetta un'idea di salute	8
L'accessibilità dei servizi di ginecologia e ostetricia alle donne con disabilità. Rapporto di ricerca	11
Premessa	11
Scopi della ricerca	12
Scelte metodologiche	13
Enti e strutture sanitarie che hanno collaborato all'indagine	14
I tempi di apertura al pubblico dei servizi ostetrico-ginecologici	18
I siti internet degli enti e strutture sanitarie che hanno collaborato all'indagine	21
La prenotazione	21
La sede in cui sono erogati i servizi ginecologici	25
I servizi di collegamento con la sede in cui sono erogati i servizi ostetrico-ginecologici	29
I singoli servizi ostetrico-ginecologici	32
La visita ostetrico-ginecologica	35
Il PAP test	39
La mammografia	43
L'ecografia pelvica	45
La densitometria ossea	47
Le prove urodinamiche	49
La colposcopia	51
L'ecografia mammaria	54
L'isteroscopia	56
Conclusioni	59
Un ambiente sanitario accessibile	65
La normativa in materia di accesso indiscriminato ai servizi sanitari	73
Risorse documentarie in tema di progettazione accessibile di strutture sanitarie	79

Presentazione. Chi progetta un servizio sanitario progetta un'idea di salute

di Simona Lancioni

Componente del Coordinamento del Gruppo donne UILDM

Qualche volta si rivolgono al privato. Pagando. E se anche l'ambulatorio privato è inaccessibile, sempre pagando, si può ottenere una visita domiciliare. Quella ginecologica, ad esempio, perché per essere eseguita non richiede l'uso di una strumentazione particolare. Qualche volta si attivano le reti informali ("l'amica ginecologa"). Qualche volta si tengono il fastidio. Sperano che passi, sperano che non sia niente. E la prevenzione? Scusa, quale prevenzione? Fare ricorso? Sì, a volte lo fanno, ci provano. Ma non possono passare tutta la vita a fare ricorsi, perché, dove vanno vanno, è sempre la stessa storia, o non entrano nell'ambulatorio, o i medici non sanno dove mettere le mani, e come ci arrivano sul lettino ginecologico? E come si visita una donna interessata da autismo che non accetta il contatto?

A fronte dei tanti racconti di **donne con disabilità** che testimoniano le **difficoltà incontrate nell'accedere ai servizi di ginecologia e ostetricia**, il Coordinamento del Gruppo donne UILDM ha ritenuto necessario svolgere un'indagine finalizzata a scoprire le ragioni di queste difficoltà. Le donne con disabilità, lo ricordiamo, sono spesso vittime di una **discriminazione multipla** originata dall'essere simultaneamente donne e persone con disabilità. L'indagine è stata condotta utilizzando un **questionario standardizzato** appositamente costruito grazie anche alla consulenza di preparatissime professioniste operanti in ambito sanitario e in quello della progettazione inclusiva. Ma non era nelle intenzioni del Coordinamento scrivere un trattato sull'accessibilità dei servizi sanitari. Infatti, pur avvalendosi di consulenze eccellenti, e pur essendo stata condotta con scrupolo e rigore metodologico, la nostra ricerca rimane comunque l'opera di un gruppo di volenterose volontarie. Questo non è un fattore di debolezza, è, invece, un punto di forza: siamo partite dalle donne con disabilità, dalle loro difficoltà, dalle loro aspettative (soprattutto da quelle disattese), per riaffermare il concetto che **non si possono progettare e realizzare servizi sanitari senza conoscere il punto di vista delle e degli utenti dei servizi in questione.**

L'indagine è stata condotta attraverso un campione (non probabilistico) composto di **61 strutture ed enti sanitari pubblici** che, rispondendo al nostro questionario, hanno manifestato un'apprezzabile disponibilità. Tali enti e strutture operano in contesti territoriali molto eterogenei (ci sono grandi città e piccoli paesi). Il concetto di accessibilità a cui si è fatto riferimento non è quello, ormai datato e restrittivo, di abbattimento delle barriere architettoniche, ma quello della **progettazione universale** (*Universal Design*), e del **benessere ambientale e relazionale.**

I dati raccolti hanno evidenziato come nella progettazione, nella realizzazione e nell'organizzazione dei servizi sanitari non sia stato ancora recepito un approccio sistemico dell'accessibilità, ossia un

modo di guardare all'accessibilità che non si limita a considerare i singoli ambienti o servizi, ma colloca gli stessi all'interno di un sistema complesso, di ambienti e servizi, coordinato e funzionante. In base a quest'approccio assumono rilevanza aspetti come i tempi di apertura al pubblico dei servizi sanitari: tanto minore è il tempo di apertura al pubblico, tanto maggiore potrebbe essere la difficoltà di accesso per l'utente. Il fatto che, soprattutto in alcuni paesi, si registri un numero di ore settimanali di apertura dei servizi molto basso (2, 4, 5, 6, 8 ore), e che ci sia una generale propensione ad erogare i servizi al mattino, ha una ricaduta sotto il profilo della conciliazione dei tempi di vita con quelli lavorativi. Oppure, in questo approccio, assume rilevanza la presenza di un centro unico prenotazioni (CUP). Il CUP è a tutti gli effetti un indicatore di accessibilità, infatti la sua assenza scarica sull'utenza l'onere di trovare i riferimenti dei diversi uffici preposti a ricevere le prenotazioni delle differenti visite. Nel nostro campione solo il 42.62 % (una minoranza) degli enti coinvolti dichiara di averne uno. Rilevante è anche, ad esempio, la presenza di una reception: nel nostro campione essa è presente in 32 strutture (52.46 %), ma in 7 casi è stata segnalata la presenza di ostacoli lungo il percorso per raggiungerla e, in altrettanti, non c'è la possibilità di avvicinarsi agevolmente al banco informazioni con la sedia a rotelle. Importante è anche notare che solo in 7 di queste reception gli operatori sono stati preparati a comunicare con persone con disabilità sensoriali e con disabilità cognitive lievi. Fa invece una certa impressione scoprire che 26 strutture sanitarie (il 42.62 % del nostro campione) non dispongono di un bagno accessibile alle persone con disabilità. Importante è inoltre constatare che il 63.93 % delle sedi del nostro campione o non è servita da mezzi di trasporto pubblici, o è servita da mezzi di trasporto pubblici inaccessibili alle persone con disabilità. Ed è certamente significativo sapere che non sempre è possibile trovare uno spogliatoio accessibile all'interno degli ambulatori, e che, anche nei casi in cui è presente, non è scontato che esso garantisca la riservatezza della paziente nella fase preparatoria alla visita (un esempio: solo 23 - il 38.33 % - delle 60 strutture che effettuano le visite ostetrico-ginecologiche dispone di uno spogliatoio sufficientemente ampio da consentire il movimento di una persona in sedia a rotelle e di un eventuale accompagnatore, e due di essi non garantiscono la riservatezza della paziente). E' inoltre importantissimo sottolineare che è stata riscontrata una generale impreparazione delle strutture sanitarie nel gestire le manovre di movimentazione delle pazienti che si spostano con la sedia a rotelle per consentire alle stesse di raggiungere il lettino ginecologico. E' rilevante, ed insieme sconvolgente, infine, scoprire che solo una minima parte dei medici che svolgono le visite ostetrico-ginecologiche ha ricevuto una formazione sulle diverse disabilità (motoria, sensoriale ed intellettiva).

Questi, ovviamente, sono solo alcuni dati, più esplicitati nelle pagine a seguire e meglio commentati nelle conclusioni. Li citiamo solo per dare un'idea di come è stata impostata la ricerca. E' ovvio che l'accessibilità dei servizi di ginecologia e ostetricia è anche molto altro, e, infatti, nel rapporto di ricerca sono disponibili molti altri dati, e molti altri ancora avrebbero potuto essere raccolti, se solo ne avessimo avuto il tempo e l'energia, per approfondire, ad esempio, gli aspetti relazionali (che costituiscono anch'essi una variabile imprescindibile dell'accessibilità), sull'effettiva disponibilità all'ascolto, sull'organizzazione dei servizi, sulla corporeità (come si possono curare i corpi senza interrogarsi sulla corporeità propria e altrui?), ecc. Ma, lo ribadiamo, il nostro intento non era quello

di scrivere un'opera enciclopedica. Il nostro scopo era ed è quello di denunciare le lacune riscontrate, e la conseguente **discriminazione subita dalle donne con disabilità nell'accedere ai servizi sanitari**, per consentirne la rimozione. Il nostro scopo era ed è quello di promuovere un **modo diverso di pensare all'accessibilità** degli ambienti sanitari (prezioso, a tal proposito, il testo curato da **Piera Nobili**, presidente del Centro Europeo di Ricerca e Promozione dell'Accessibilità - CERPA - Italia Onlus), quello di ribadire che l'**accesso ai servizi sanitari** sulla base di uguaglianza con gli altri cittadini, e senza discriminazioni fondate sulla disabilità, **è un diritto** (come esaustivamente argomentato da **Carlo Giacobini**, direttore responsabile di HandyLex.org), quello di fornire strumenti di approfondimento (utilissimo il **repertorio di risorse documentarie** in tema di progettazione accessibile di strutture sanitarie prodotto dal **CRID**, Centro Regionale Informazione e Documentazione sull'Accessibilità, promosso dalla Regione Toscana). Il nostro scopo era ed è, in ultima analisi, quello di favorire la diffusione di **una cultura inclusiva che tenga in debita considerazione anche le differenze di genere**.

Se ancora oggi molte donne con disabilità non riescono ad accedere ai luoghi e ai servizi sanitari, non dipende dal fatto che loro hanno una disabilità, ma dalla circostanza che spesso questi luoghi e questi servizi sono progettati, realizzati, organizzati e gestiti male, assumendo come unico standard di riferimento il/la "paziente sano/a", senza considerare le tante diversità (di età, di genere, di condizione fisica, di etnia, ecc.), e senza coinvolgere l'utenza nella fase di progettazione. Chi progetta un ambiente ed un servizio sanitario progetta un'idea di salute, e non è più ammissibile, né tollerabile, che questa idea di salute si sottragga al confronto con le diversità che ogni essere umano, ognuno e ognuna a proprio modo, incarna.

L'accessibilità dei servizi di ginecologia e ostetricia alle donne con disabilità

Rapporto di ricerca

a cura di Simona Lancioni

« [...] nelle università viene insegnato ai futuri medici, e al personale sanitario in genere, a curare il paziente sano, che si trova in un momento di difficoltà. Nessuno, però, insegna loro a prendersi carico di persone con infinite altre difficoltà, difficoltà che fanno parte di loro stesse e che bisogna conglobare nel percorso sanitario assistenziale, per curare la malattia o la complicazione del momento.»

Marina Cometto, madre di Claudia, persona con grave disabilità cognitiva ed anche motoria.

Premessa

Sono tante, e provengono da diverse parti d'Italia, le testimonianze di **donne con disabilità** che raccontano le **difficoltà incontrate nell'accedere ai servizi di ginecologia e ostetricia**, e, ad ascoltarle, non ci si può limitare a rilevare che qualcosa non funziona. C'è **imbarazzo, timore, ritrosia e turbamento** in quelle testimonianze. Un'implicazione emotiva che fa sì che spesso queste discriminazioni – vissute dalle dirette interessate come una ferita alla dignità personale – rimangano confinate nella sfera privata. Eppure, in realtà, a guardar bene, in tutto questo di privato c'è ben poco. Le persone con disabilità hanno diritto ad accedere ai servizi sanitari in **condizione di uguaglianza con gli altri cittadini**. La discriminazione a causa della disabilità è a tutti gli effetti una violazione dei **diritti umani**, e, in quanto tale, è un "affare" dei cittadini, delle comunità e degli Stati. Considerarla una questione privata ha l'involontaria, e spesso inconsapevole, conseguenza di mantenere la vittima di discriminazione in una posizione di debolezza, isolamento e solitudine, e di permettere che la situazione discriminatoria si protragga indisturbata.

Non sono unicamente le donne con disabilità ad essere colpite da questa discriminazione - anche se può sembrare paradossale, i servizi sanitari sono spesso progettati assumendo come standard di riferimento il/la "paziente sano/a" -, ma è stato ampiamente dimostrato come le donne con disabilità siano frequentemente vittime di una **discriminazione multipla** originata dall'essere simultaneamente donne e persone con disabilità.

Il tema dell'accesso ai servizi sanitari **non è solo un problema di carattere architettonico**, come in prima battuta si potrebbe essere indotti a pensare. Riuscire ad entrare negli ambulatori è infatti una condizione necessaria ma non sufficiente a rendere fruibili i servizi in questione. Se, ad esempio, l'utente ha una disabilità di tipo cognitivo e relazionale è necessario che il personale sanitario sappia relazionarsi alla persona con specifici accorgimenti; se l'utente ha una paraplegia o una tetraplegia

potrebbe aver necessità di aiuto nel prepararsi alla visita, di un lettino regolabile in altezza, di un sollevatore per effettuare gli spostamenti, di personale formato che aiuti la persona ad effettuare le manovre di spostamento in condizioni di sicurezza; se l'utente è interessata da cecità o ipovisione è necessario fornire eventuali istruzioni sull'uso dei farmaci prescritti su supporti ed in formati utilizzabili in modo autonomo anche da chi ha problemi visivi. E questi sono solo alcuni esempi. Per questi motivi appare riduttivo affrontare questo tema parlando di *abbattimento delle barriere architettoniche*, o di *accessibilità ambientale*, mentre diventano più appropriati concetti come **progettazione inclusiva** (*Universal Design*), e **benessere ambientale e relazionale**. Per essere ancora più chiari: non basta progettare luoghi e servizi pensando ad eliminare gli ostacoli esistenti e a non crearne di nuovi, occorre pensare alle tante diversità delle persone (di età, di genere, di condizione fisica, di etnia, ecc.), e progettare in modo che nessuna di queste diversità diventi motivo di esclusione. Non basta poter accedere ai luoghi, è necessario anche che questi luoghi siano immediatamente riconoscibili e comprensibili da chiunque. Non basta concentrarsi sull'accessibilità del singolo luogo o servizio, ci si deve anche preoccupare dell'accessibilità dei percorsi e dei trasporti pubblici che dovrebbero garantire l'effettiva fruibilità del luogo o del servizio considerato. Non è sufficiente concentrare la propria attenzione sull'ambiente, sono l'interazione e la relazione con il personale sanitario che andrebbero ripensate in modo da consentire l'**effettiva partecipazione delle e degli utenti dei servizi alla definizione degli interventi sanitari** che vengono loro rivolti, ed il **rispetto della diversità dei loro corpi**.

Partendo da queste riflessioni, il Coordinamento del Gruppo donne UILDM (Unione italiana lotta alla distrofia muscolare), ha ritenuto necessario svolgere **una ricerca per raccogliere delle informazioni relative all'accessibilità alle donne con disabilità dei servizi di ginecologia e ostetricia, nonché degli ambienti nei quali essi vengono erogati**. Nel procedere alla raccolta dei dati, il Coordinamento, ha fatto riferimento a quell'approccio concettuale che considera la disabilità come un'**interazione dinamica tra la persona disabile e l'ambiente**. Nell'ambito di questo approccio, la presenza o l'assenza di barriere ambientali, strumentali, comportamentali e relazionali, assume un valore strategico: se ancora oggi molte donne con disabilità non riescono ad accedere ai luoghi e ai servizi sanitari, non dipende dal fatto che loro hanno una disabilità, ma dalla circostanza che spesso questi luoghi e questi servizi sono progettati, realizzati, organizzati e gestiti male.

Scopi della ricerca

Lo scopo principale della ricerca è sicuramente quello di **raccogliere le informazioni** utili a comprendere quali fattori hanno determinato le difficoltà riscontrate da diverse donne con disabilità nell'accedere ai servizi di ginecologia e ostetricia. A questo scopo se ne deve aggiungere uno di tipo *operativo*, quello di individuare **una serie di elementi** (indicatori) da rilevare al fine di misurare il grado di accessibilità dei servizi di ginecologia e ostetricia. Un ulteriore scopo consiste nell'**accrescimento di consapevolezza** sia delle donne con disabilità (accedere ai servizi sanitari in condizioni di uguaglianza con gli altri cittadini è un loro diritto, e non devono avere esitazioni nel rivendicarlo come tale), sia del personale sanitario (se, nel rispondere alle nostre domande, gli

operatori hanno avuto modo di rilevare qualche lacuna o malfunzionamento, speriamo che la loro coscienza civile sia tale da agire per tentare di sanare il vizio riscontrato). L'ultimo scopo è in realtà quello che tutti li contiene: promuovere **una cultura inclusiva che tenga in debita considerazione anche le differenze di genere**, e **contrastare la discriminazione multipla** nei confronti delle donne con disabilità. A tal fine, non considerando sufficiente circoscrivere la riflessione alle sole criticità riscontrate, includiamo nella presente relazione anche un testo, redatto da **Piera Nobili** (presidente del CERPA Italia Onlus - Centro europeo di ricerca e promozione dell'accessibilità), che illustra **come dovrebbe essere progettato un ambiente sanitario per potersi definire accessibile**.

Scelte metodologiche

L'**esperienza e la competenza delle donne con disabilità**, con le quali il Coordinamento del Gruppo donne UILDM è in contatto, sono state la prima risorsa utilizzata per individuare l'area d'indagine: l'accessibilità alle donne con disabilità dei servizi di ginecologia e ostetricia. Mentre le successive fasi sono state realizzate grazie alla consulenza di molti altri professionisti e professioniste, senza l'aiuto dei quali e delle quali questa indagine non sarebbe stata possibile. I nominativi e le rispettive qualifiche di queste persone sono riportati nello spazio "collaborazioni e ringraziamenti" situato nelle pagine preliminari della presente relazione. Una volta individuata l'area d'indagine, è stato necessario circoscriverla ulteriormente. Pertanto il Coordinamento ha stabilito che l'indagine avrebbe riguardato **solo servizi erogati da enti pubblici o da enti convenzionati**, e che avrebbe preso in considerazione solo la seguente rosa di esami/visite ostetrico-ginecologiche:

-Visita ostetrico-ginecologica

-PAP test

-Mammografia

-Ecografia pelvica

-Densitometria ossea

-Prove urodinamiche

-Colposcopia

-Ecografia mammaria

-Isteroscopia

Le rilevazioni sono state effettuate attraverso un **questionario standardizzato** appositamente costruito. Il questionario è stato inviato da alcune componenti del Coordinamento agli enti e strutture sanitarie delle rispettive sedi di residenza (Asti e dintorni, Chioggia e dintorni, Livorno, Modena e dintorni, Pisa, Roma e dintorni, Sassari e dintorni). Pertanto i dati della presente indagine non sono stati rilevati dalle componenti del Coordinamento, ma dagli operatori degli enti e delle strutture sanitarie contattate. A tal proposito va segnalato che gli operatori che hanno risposto alle

domande, non essendo formati alla valutazione relativa alle barriere, potrebbero avere sottovalutato o sopravvalutato l'accessibilità (torneremo ad occuparci di quest'ultimo aspetto nelle conclusioni). Tuttavia questo è un rischio che abbiamo dovuto correre, essendo per noi impossibile procedere ai rilievi personalmente. Alcune di queste scelte metodologiche sono state determinate dalla considerazione che le componenti del Coordinamento sono tutte volontarie, e che il carico di lavoro richiesto dovesse risultare sostenibile per loro. Le rilevazioni sono state effettuate nei mesi di **aprile/maggio/giugno 2013**.

Enti e strutture sanitarie che hanno collaborato all'indagine

«Nel vedere il vostro questionario non ho potuto far a meno di notare carenze nei nostri servizi rispetto al tema proposto e, proprio sulla base dei risultati della vostra indagine, vorrei fare un percorso di recupero delle lacune evidenziate.»

Una dottoressa dell'Azienda USL di Modena che ha collaborato alla nostra ricerca.

«I medici hanno tanto lavoro, le associazioni sono tante, e loro sono troppo impegnati a far nascere i bambini per trovare il tempo di rispondere a queste cose.»

Un referente dell'Ufficio relazioni col pubblico dell'Azienda ospedaliera pisana illustra le difficoltà incontrate nel cercare di reperire le informazioni richieste per la nostra ricerca.

Le risposte degli enti e delle strutture sanitarie sono state molto diverse. Alcuni/e hanno risposto entro i termini di tempo indicati, e senza alcun bisogno di solleciti. In altri casi le risposte ci sono state, ma solo dopo continui solleciti. In altri casi ancora non abbiamo ottenuto alcuna risposta. L'Azienda USL 6 di Livorno, ad esempio, ha risposto dopo numerosissimi solleciti, ben oltre i tempi richiesti, ed ha fornito una risposta parziale (ha descritto i soli servizi erogati all'interno del presidio ospedaliero, non quelli erogati nei distretti territoriali). Per quel che concerne l'area di Roma sono state riscontrate delle difficoltà dovute sia alla vastità dell'area territoriale d'indagine, sia alla circostanza che molte sedi sanitarie non utilizzano la posta elettronica, pertanto, in tali casi, si è dovuto provvedere ad inviare il questionario (sei pagine, più una lettera di accompagnamento) via fax. Per queste ragioni, le risposte ottenute dall'Azienda sanitaria locale (ASL) di Roma, pur essendo più numerose (42.62 %) rispetto alle risposte ottenute rispettivamente dalle altre aree contattate, risultano numericamente molto inferiori alle richieste di collaborazione da noi inviate. Per quel che concerne l'Azienda Ospedaliera Pisana, dopo numerosi solleciti, è stato inviato un unico questionario compilato con modalità non conformi alle indicazioni di compilazione da noi specificate nella lettera di accompagnamento (nel questionario erano stati mischiati i dati relativi a tre edifici diversi). Pertanto tale questionario è risultato inutilizzabile: per questo motivo l'Azienda Ospedaliera Pisana non compare nella tabella contenente l'elenco degli enti e delle strutture sanitarie che hanno collaborato all'indagine (tabella 2, si veda più avanti).

Sono **61 gli enti e le strutture sanitarie che hanno collaborato all'indagine**, ed essi operano in **contesti territoriali molto eterogenei** (ci sono grandi città e piccoli paesi). Nella tabella 1 riportiamo la distribuzione su base regionale delle risposte ottenute (ad ogni questionario compilato corrisponde

un ente/struttura). I valori percentuali (della seguente tabella e di quelle successive) nei quali la terza cifra decimale risulta superiore a 5 sono stati arrotondati per eccesso (ad esempio: in luogo di 3.278, figura 3.28). In taluni casi gli arrotondamenti fanno sì che la somma dei valori percentuali non sia esattamente 100, ma un numero prossimo di tale valore.

La Tabella 1: distribuzione su base regionale delle risposte ottenute.

Regione	Numero di questionari compilati	%
Emilia-Romagna	11	18.03 %
Lazio	26	42.62 %
Piemonte	2	3.28 %
Sardegna	14	22.95 %
Toscana	6	9.84 %
Veneto	2	3.28 %
Totale	61	100

Nella tabella 2 riportiamo l'elenco degli enti e delle strutture sanitarie che hanno collaborato all'indagine. **Tutti gli enti/strutture sono pubblici.** Anche questa tabella, come la precedente, è ordinata per Regione.

Tabella 2: elenco degli enti e delle strutture sanitarie che hanno collaborato all'indagine

	Regione	Città	Provincia	Struttura
1	Emilia-Romagna	Carpi	Modena	Consultorio familiare (Via Don Sturzo), AUSL di Modena
2	Emilia-Romagna	Carpi	Modena	Ospedale Ramazzini (AUSL di Modena)
3	Emilia-Romagna	Castelfranco Emilia	Modena	Consultorio familiare (AUSL di Modena)
4	Emilia-Romagna	Mirandola	Modena	Distretto 2: consultorio familiare (Salute donna, AUSL di Modena)
5	Emilia-Romagna	Mirandola	Modena	Ospedale S. Maria Bianca (AUSL di Modena)
6	Emilia-Romagna	Modena	Modena	Distretto 3: consultorio familiare (AUSL di Modena)
7	Emilia-Romagna	Pavullo nel Frignano	Modena	Distretto di Pavullo: consultorio familiare (Salute donna, AUSL di Modena)
8	Emilia-Romagna	Pavullo nel Frignano	Modena	Ospedale di Pavullo: U.O. ostetricia e ginecologia (AUSL di Modena)
9	Emilia-Romagna	Sassuolo	Modena	Distretto 4: consultorio familiare (Salute donna, AUSL di Modena)

10	Emilia-Romagna	Sassuolo	Modena	Nuovo Ospedale: U.O. ostetricia e ginecologia (AUSL di Modena)
11	Emilia-Romagna	Vignola	Modena	Consultorio familiare (AUSL di Modena)
12	Lazio	Anguillara	Roma	Consultorio familiare (ASL Roma F)
13	Lazio	Bracciano	Roma	Consultorio familiare (ASL Roma F)
14	Lazio	Campagnano di Roma	Roma	Consultorio familiare (ASL Roma F)
15	Lazio	Cerveteri	Roma	Consultorio familiare (ASL Roma F)
16	Lazio	Civitavecchia	Roma	Consultorio familiare (ASL Roma F)
17	Lazio	Civitavecchia	Roma	Presidio ospedaliero San Paolo (ASL Roma F)
18	Lazio	Fiano Romano	Roma	Consultorio familiare (ASL Roma F)
19	Lazio	Formello	Roma	Consultorio familiare (ASL Roma F)
20	Lazio	Ladispoli	Roma	Consultorio familiare (ASL Roma F)
21	Lazio	Manziana	Roma	Consultorio familiare (ASL Roma F)
22	Lazio	Monterotondo	Roma	UOC ostetricia e ginecologia (ASL Roma G)
23	Lazio	Morlupo	Roma	Consultorio familiare (ASL Roma F)
24	Lazio	Palestrina	Roma	Ospedale Coniugi Bernardini (ASL Roma G)
25	Lazio	Roma	Roma	Consultorio familiare (Via Emo 13, ASL Roma E)
26	Lazio	Roma	Roma	Consultorio familiare per adolescenti (Via Emo 11/L, ASL Roma E)
27	Lazio	Roma	Roma	Consultorio familiare (Via Cassia, ASL Roma E)
28	Lazio	Roma	Roma	Consultorio familiare (Via Gasparri, ASL Roma E)
29	Lazio	Roma	Roma	Consultorio familiare (Via Offanengo, ASL Roma E)
30	Lazio	Roma	Roma	Consultorio familiare (Via Silveri, ASL Roma E)
31	Lazio	Roma	Roma	Consultorio familiare (Via Tornabuoni, ASL Roma E)
32	Lazio	Roma	Roma	Consultorio familiare di Cesano (ASL Roma E)
33	Lazio	Roma	Roma	Consultorio familiare P.zza Santa Maria della Pietà (ASL Roma E)
34	Lazio	Roma	Roma	Ospedale G.B. Grassi, policlinico di Liegro (ASL Roma D)
35	Lazio	Roma	Roma	Ospedale Santo Spirito, U.O. Ostetricia-Ginecologia (ASL Roma E)
36	Lazio	Santa Marinella	Roma	Consultorio familiare (ASL Roma F)
37	Lazio	Tivoli	Roma	Ospedale San Giovanni Evangelista (ASL Roma G)

38	Piemonte	Asti	Asti	Ospedale Cardinal Massaia: Soc. ginecologia-ostetricia (ASL di Asti)
39	Piemonte	Nizza Monferrato	Asti	Ospedale Valle Belbo: Soc. ginecologia-ostetricia (ASL di Asti)
40	Sardegna	Alghero	Sassari	Consultorio familiare (ASL Sassari)
41	Sardegna	Alghero	Sassari	Poliambulatorio (Via degli Orti, ASL Sassari)
42	Sardegna	Bono	Sassari	Consultorio familiare (ASL Sassari)
43	Sardegna	Bonorva	Sassari	Poliambulatorio (ASL Sassari)
44	Sardegna	Castelsardo	Sassari	Consultorio familiare (ASL Sassari)
45	Sardegna	Ittiri	Sassari	Consultorio familiare (ASL Sassari)
46	Sardegna	Nulvi	Sassari	Consultorio familiare (ASL Sassari)
47	Sardegna	Ozieri	Sassari	Consultorio familiare (ASL Sassari)
48	Sardegna	Perugas	Sassari	Consultorio familiare (ASL Sassari)
49	Sardegna	Porto Torres	Sassari	Consultorio familiare (ASL Sassari)
50	Sardegna	Sassari	Sassari	Consultorio familiare (Via Nurra, ASL Sassari)
51	Sardegna	Sassari	Sassari	Consultorio familiare (Via Rizzeddu, ASL Sassari)
52	Sardegna	Sorso	Sassari	Consultorio familiare (ASL Sassari)
53	Sardegna	Thiesi	Sassari	Consultorio familiare (ASL Sassari)
54	Toscana	Livorno	Livorno	Presidio ospedaliero: ambulatori 8° terreno, consultori familiari - chirurgia ambulatoriale (ASL 6 di Livorno)
55	Toscana	Marina di Pisa (fraz. di Pisa)	Pisa	Unità funzionale consultoriale, distretto di Marina di Pisa (ASL 5 di Pisa)
56	Toscana	Navacchio (fraz. di Cascina)	Pisa	Unità funzionale consultoriale, distretto di Navacchio (ASL 5 di Pisa)
57	Toscana	Pisa	Pisa	Unità funzionale consultoriale, distretto del CEP (ASL 5 di Pisa)
58	Toscana	Pisa	Pisa	Unità funzionale consultoriale, distretto di Via Torino (ASL 5 di Pisa)
59	Toscana	San Giuliano Terme	Pisa	Unità funzionale consultoriale, distretto di San Giuliano Terme (ASL 5 di Pisa)
60	Veneto	Chioggia	Venezia	Azienda ULSS 14 di Chioggia
61	Veneto	Chioggia e Cavarzere	Venezia	Consultorio familiare (Azienda ULSS 14 di Chioggia)

Nelle successive tabelle i diversi enti e strutture, qualora sia necessario menzionarli, saranno individuati e ordinati in **ordine alfabetico per il nome della città** in cui sono situati, ed

eventualmente inserendo tra parentesi un elemento disambiguante nel caso in cui per la stessa città avessimo ricevuto riscontro da enti e strutture diversi. Ad esempio: "Pisa (CEP)" e "Pisa (Via Torino)" indicheranno rispettivamente l'Unità funzionale consultoriale del distretto del CEP di Pisa, e l'Unità funzionale consultoriale del distretto di Via Torino di Pisa, entrambi gestiti dall'ASL 5 di Pisa; "Carpi (consult.)" e "Carpi (osped.)", indicheranno rispettivamente il Consultorio familiare di Carpi situato in Via Don Sturzo e gestito dell'AUSL Modena, e l'Ospedale Ramazzini di Carpi.

I tempi di apertura al pubblico dei servizi ostetrico-ginecologici

Uno degli indicatori per misurare l'accessibilità di un servizio è dato dal **tempo di apertura al pubblico**. Tanto minore è il tempo di apertura del servizio, tanto maggiore potrebbe essere la difficoltà di accesso per l'utente. I dati relativi a questo indicatore sono riportati nella tabella 3.

Tabella 3: tempi (giorni, ore, mattine e pomeriggi) settimanali di apertura al pubblico degli ambulatori ostetrico-ginecologici.

	Struttura	Giorni	Mattine	Pomeriggi	Ore	Note
1	Alghero (consult.)	5	5	3	36	
2	Alghero (poliamb.)	3	3	0	15	
3	Anguillara	2	2	0	8	
4	Asti	5	4	2*	105**	* Il e IV mercoledì del mese; Il giovedì del mese. **La struttura possiede più ambulatori aperti simultaneamente; il numero delle ore indicato è dato dalla somma complessiva degli orari di apertura di ciascuno di essi.
5	Bono	1	1	0	5	
6	Bonorva	2	2	0	10	
7	Bracciano	3	3	2	24	
8	Campagnano di Roma	2	2	2	18	
9	Carpi (consult.)	6	6	4	48	
10	Carpi (osped.)	5	5	0	82*	* La struttura possiede più ambulatori aperti simultaneamente; il numero delle ore indicato è dato dalla somma complessiva degli orari di apertura di ciascuno di essi.
11	Castelfranco Emilia	6	6	5	42	
12	Castelsardo	3	3	1	20	
13	Cerveteri	4	3	2	18	

14	Chioggia	5	4	0	30	C'è una discrepanza tra i giorni e i mattini/pomeriggi di apertura
15	Chioggia/Cavarzere	3	3	2	25	
16	Civitavecchia (consult.)	5	5	2	24	
17	Civitavecchia (osped.)	5	5	0	21	
18	Fiano Romano	3	3	1	21	
19	Formello	1	1	0	6	
20	Ittiri	3	3	1	20.5	
21	Ladispoli	4	4	0	25	
22	Livorno	6	6	5	66	
23	Manziana	4	4	1	24	
24	Marina di Pisa	1	0	1	2	
25	Mirandola (consult.)	6	6	4	46	
26	Mirandola (osped.)	4	4	0	20	
27	Modena	6	6	4	42	
28	Monterotondo	4	3	2	16	
29	Morlupo	4	4	1	24	
30	Navacchio	3	3	0	15	
31	Nizza Monferrato	5	5	0	20	
32	Nulvi	1	1	0	4	
33	Ozieri	5	5	1	30	
34	Palestrina	6	1	5	18	
35	Pavullo (consult.)	5	5	5	79	
36	Pavullo (osped.)	3	3	2	9	
37	Perfugas	2	2	0	12	
38	Pisa (CEP)	2	1	1	6	
39	Pisa (Via Torino)	6	6	3	41	
40	Porto Torres	5	5	2	36	
41	Roma (Via Emo)	5	3	1	30	C'è una discrepanza tra i giorni e i mattini/pomeriggi di apertura.
42	Roma (consult. adolesc.)	5	4	1	30	
43	Roma (Via Cassia)	4	4	2	22	

44	Roma (Via Gasparri)	6	6	2	35	
45	Roma (Via Offanengo)	4	4	0	18	
46	Roma (Via Silveri)	5	4	1	23	C'è una discrepanza tra i giorni e i mattini/pomeriggi di apertura
47	Roma (Via Tornabuoni)	4	4	1	24	
48	Roma (Cesano)	2	2	1	14	
49	Roma (P.zza S.M. d. Pietà)	5	5	3	37	
50	Roma (osped. Grassi)	5	5	5	30	
51	Roma (osped. S. Spirito)	5	5	0	20	
52	San Giuliano Terme	4	2	2	20	
53	Santa Marinella	5	5	2	24	
54	Sassari (Via Nurra)	5	5	2	24	
55	Sassari (Via Rizzeddu)	5	5	2	36	
56	Sassuolo (consult.)	6	6	5	52	
57	Sassuolo (osped.)	5	5	3	104 *	* La struttura possiede più ambulatori aperti simultaneamente; il numero delle ore indicato è dato dalla somma complessiva degli orari di apertura di ciascuno di essi.
58	Sorso	5	5	2	30	
59	Thiesi	2	2	1	17.5	
60	Tivoli	2	2	0	12	
61	Vignola	6	6	4	50	

Dalla tabella 3 è possibile calcolare **un valore medio di 26.98 ore di apertura settimanale**, con una varianza che va da un **minimo di 2 ore** settimanali (erogate dell'Unità funzionale consultoriale di Marina di Pisa) ad un **massimo di 105 ore** (erogate dall'Ospedale Cardinal Massaia di Asti). Sotto il profilo della **conciliazione dei tempi di vita con quelli lavorativi** è interessante notare come ci sia una generale propensione ad erogare i servizi al mattino. A tal proposito si segnala che ben **17 strutture (27.87 %) non erogano i servizi al pomeriggio**, a fronte di un'unica struttura che non eroga i servizi al mattino. La qual cosa potrebbe comportare per la donna con disabilità lavoratrice (e per l'eventuale persona che l'accompagna, qualora non fosse autonoma negli spostamenti) la necessità di dover prendere dei permessi lavorativi per recarsi alle visite. Rispetto al numero di giorni di apertura al pubblico (riassunti nella tabella 4) si può notare come la maggioranza relativa delle strutture (il **34.43 %**) eroghi un **servizio distribuito su 5 giorni della settimana**.

Tabella 4: numero di giorni settimanali di apertura al pubblico degli ambulatori ostetrico-ginecologici.

Numero di giorni di apertura al pubblico	Numero di strutture	%
1 giorno alla settimana	4	6.56 %
2 giorni alla settimana	8	13.11 %
3 giorni alla settimana	8	13.11 %
4 giorni alla settimana	10	16.39 %
5 giorni alla settimana	21	34.43 %
6 giorni alla settimana	10	16.39 %
Totale	61	99.99 %

I siti internet degli enti e strutture sanitarie che hanno collaborato all'indagine

Per farci un'idea della visibilità degli enti e strutture sanitarie che hanno collaborato all'indagine abbiamo chiesto loro se disponevano di un **sito internet**. Le risposte ottenute sono riportate nella tabella 5, dalla quale risulta che la maggioranza delle risposte è affermativa.

Tabella 5: siti internet degli enti e strutture sanitarie che hanno collaborato all'indagine

Esiste un sito internet dell'ente/ struttura?	Numero di strutture	%
Si	42	68.85 %
No	17	27.87 %
Non risponde	2	3.28 %
Totale	61	100

Rispetto alla tabella 5 si evidenzia che molti dei consultori aventi indicato l'esistenza di un sito dell'ente/struttura in realtà non dispongono di un sito dedicato, ma fanno riferimento a quello dell'AUSL o dell'ASL alla quale appartengono. Nei casi dei consultori di Pavullo e di Vignola non è presente un sito della struttura, ma è comunque disponibile on line una carta dei servizi. Il consultorio di Ozieri, pur avendo indicato l'esistenza di un sito del consultorio, in realtà ha riportato un indirizzo di posta elettronica (in seguito a una verifica tramite motore di ricerca, non avendo trovato nessun sito specifico del consultorio, abbiamo considerato la risposta affermativa come erronea).

La prenotazione

In merito alla prenotazione delle visite/esami ostetrico-ginecologiche abbiamo sondato la presenza di un **CUP (centro unico prenotazioni)**. Le risposte a questa domanda sono sintetizzate nella tabella 6, e indicano che nella maggioranza dei casi l'ente/struttura non è dotata di un CUP. In questi casi gli utenti sono chiamati/e ad individuare luoghi diversi per effettuare differenti prenotazioni.

Tabella 6: presenza di un CUP (centro unico prenotazioni)

L'ente/struttura è dotata di un CUP?	Numero di strutture	%
Si	26	42.62 %
No	32	52.46 %
Non risponde	3	4.92 %
Totale	61	100

Agli enti/ strutture che dispongono di un **CUP** (in tutto 26), abbiamo chiesto se nella sede di quest'ultimo fossero presenti **barriere architettoniche e/o percettivo sensoriali**. Le risposte ottenute sono state sintetizzate nella tabella 7.

Tabella 7: presenza dei barriere architettoniche e/o percettivo-sensoriali nella sede del CUP

Presenza dei barriere architettoniche e/o percettivo-sensoriali nella sede del CUP	Numero di strutture	%
Si	3	11.54 %
No	20	76.92 %
Non risponde	3	11.54 %
Totale	26	100 %

Le sedi nelle quali sono presenti barriere sono quella del CUP del consultorio di Carpi, una delle due sedi CUP del consultorio di Modena, e quella del consultorio di Pavullo. In 3 casi non abbiamo ricevuto alcuna risposta. Nelle rimanenti 20 strutture, anche nei casi in cui il CUP è localizzato a piani superiori, non è stata indicata la presenza di alcuna barriera. A tal proposito ricordiamo che gli operatori che hanno risposto alle domande, non essendo formati alla valutazione relativa alle barriere, potrebbero avere sottovalutato o sopravvalutato l'accessibilità.

Nella tabella 8 abbiamo sintetizzato i dati relativi alle **modalità per effettuare le prenotazioni** degli esami/visite. Essendo una domanda che consentiva risposte multiple, la somma dei valori percentuali è superiore a 100.

Tabella 8: modalità in cui è possibile effettuare le prenotazioni

Modalità in cui è possibile effettuare le prenotazioni	Numero di strutture	%
Telefonicamente	60	98.36 %
Via e-mail	4	6.56 %
Attraverso il sito internet	3	4.92 %
Personalmente	60	98.36 %

In merito alla tabella 8, l'unica struttura in cui non è possibile prenotare per **telefono** è l'Ospedale di Nizza Monferrato; l'unica in cui non è possibile prenotare **personalmente** è l'Ospedale di Tivoli. Le 4 strutture nelle quali è possibile prenotare **via e-mail** sono il consultorio di Modena (ma solo per i pap-test), l'UOC di ostetricia e ginecologia di Monterotondo, l'Ospedale Santo Spirito di Roma e l'Ospedale di Sassuolo. Le 3 strutture in cui si può prenotare attraverso il **sito internet** sono l'Ospedale di Tivoli, l'UOC di ostetricia e ginecologia di Monterotondo e l'Ospedale di Sassuolo (queste ultime due strutture sono anche le uniche in cui è possibile effettuare le prenotazioni in tutte e quattro le modalità indicate).

Sempre in relazione alle prenotazioni, abbiamo chiesto se c'era la **possibilità di concordare la data dell'appuntamento** degli esami/visite. I dati ottenuti sono riassunti nella tabella 9.

Tabella 9: possibilità di concordare la data dell'appuntamento degli esami/visite

Possibilità di concordare la data dell'appuntamento	Numero di strutture	%
Non c'è possibilità	1	1,64 %
Sì, ma solo nei giorni e negli orari di apertura del servizio	56	91.80 %
Sì, anche fuori dagli orari ufficiali	4	6.56 %
Totale	61	100 %

L'unica struttura che non ammette che la data delle visite possa venir concordata con l'utenza è l'Ospedale di Pavullo (Modena). Per quel che riguarda i 4 casi in cui è possibile concordare la visita anche fuori dagli orari ufficiali, essi sono: il Poliambulatorio di Alghero, l'Ospedale di Civitavecchia, il consultorio di Anguillara e quello di Sassuolo. Anche il consultorio di Modena ammette occasionalmente questa possibilità (ma solo per casi selezionati). Anche questo dato è rilevante ai fini della conciliazione dei tempi di lavoro con quelli di vita.

Nella tabella 10 sono riportati i dati relativi all'**attesa media attuale delle visite** (espressa in giorni). Avevamo richiesto un unico valore medio, ma le risposte che ci sono pervenute sono state molto disomogenee, tali da non consentire di calcolare una media del campione.

Tabella 10: attesa media attuale per una visita (in giorni)

Struttura	Numero di giorni di attesa per una visita (valore medio)
1 Alghero (consult.)	Variabile in relazione all'età e al tipo di richiesta
2 Alghero (poliamb.)	3
3 Anguillara	30
4 Asti	40
5 Bono	10
6 Bonorva	3

7	Bracciano	30
8	Campagnano di Roma	20
9	Carpi (consult.)	Variabile in relazione alla motivazione (gravidanza, IVG, ginecologia, ecc.), ai percorsi, e a priorità diverse; circa 20
10	Carpi (osped.)	60
11	Castelfranco Emilia	30
12	Castelsardo	7
13	Cerveteri	25
14	Chioggia	180
15	Chioggia/Cavarzere	15 Chioggia, 90 Cavarzere
16	Civitavecchia (consult.)	4-5 per le urgenze; 30-45 per la prevenzione
17	Civitavecchia (osped.)	0
18	Fiano Romano	20
19	Formello	20
20	Ittiri	da 1 a 7
21	Ladispoli	15
22	Livorno	48 solo per visita ginecologica
23	Manziana	15
24	Marina di Pisa	15 per visita ginecologica, 7 per visita ostetrica
25	Mirandola (consult.)	10
26	Mirandola (osped.)	60
27	Modena	da 1 a 40 giorni
28	Monterotondo	30
29	Morlupo	20
30	Navacchio	15 per visita ginecologica, 7 per visita ostetrica
31	Nizza Monferrato	6
32	Nulvi	0
33	Ozieri	10
34	Palestrina	60
35	Pavullo (consult.)	15 gravidanza, 45-50 visite non urgenti
36	Pavullo (osped.)	non risponde
37	Perugas	da 15 a 20 giorni

38	Pisa (CEP)	15 per visita ginecologica, 7 per visita ostetrica
39	Pisa (Via Torino)	15 per visita ginecologica, 7 per visita ostetrica
40	Porto Torres	7
41	Roma (Via Emo)	40
42	Roma (consult. adolesc.)	5
43	Roma (Via Cassia)	20
44	Roma (Via Gasparri)	15
45	Roma (Via Offanengo)	30
46	Roma (Via Silveri)	30
47	Roma (Via Tornabuoni)	45
48	Roma (Cesano)	20
49	Roma (P.zza S.M. d. Pietà)	7
50	Roma (osped. Grassi)	non risponde
51	Roma (osped. S. Spirito)	15
52	San Giuliano Terme	15 per visita ginecologica, 7 per visita ostetrica
53	Santa Marinella	1-7 per le urgenze, 30 per prevenzione
54	Sassari (Via Nurra)	7 giorni visite ostetriche, 30 visite ginecologiche
55	Sassari (Via Rizzeddu)	20
56	Sassuolo (consult.)	30
57	Sassuolo (osped.)	70
58	Sorso	1
59	Thiesi	da 1 a 7
60	Tivoli	31
61	Vignola	120 per visite ginecologiche

Tuttavia spiccano i 180 giorni dell'Azienda ULSS 14 di Chioggia, e i due zeri dell'Ospedale di Civitavecchia e del consultorio di Nulvi.

La sede in cui sono erogati i servizi ginecologici

Abbiamo chiesto se nella sede in cui sono erogati i servizi ostetrico-ginecologici fosse presente una **reception**. Le risposte ottenute sono sintetizzate nella tabella 11.

Tabella 11: presenza di una reception nella sede in cui sono erogati i servizi ostetrico-ginecologici

Presenza di una reception	Numero di strutture	%
Si	32	52.46 %
No	26	42.62 %
Non risponde	3	4.92 %
Totale	61	100

Le sedi dotate di reception sono circa la metà del campione (32). Rispetto alle reception abbiamo verificato la **presenza di ostacoli** (ad es. gradini, porte strette, ecc.) nel percorso per raggiungere le stesse. Le risposte sono sintetizzate nella tabella 12.

Tabella 12: presenza di ostacoli nel percorso per raggiungere la reception

Presenza di ostacoli nel percorso per raggiungere la reception	Numero di strutture	%
Si	7	21.875 %
No	25	78.125 %
Totale	32	100

Sempre in relazione alla reception, abbiamo verificato la possibilità di **avvicinarsi agevolmente al banco informazioni** con la sedia a rotelle. Le risposte sono sintetizzate nella tabella 13.

Tabella 13: possibilità di avvicinarsi agevolmente al banco informazioni con la sedia a rotelle

Possibilità di avvicinarsi agevolmente al banco informazioni con la sedia a rotelle	Numero di strutture	%
Si	23	71.875 %
No	7	21.875 %
Non risponde	2	6.25 %
Totale	32	100

Rispetto ai servizi di ricezione, nelle 32 sedi in cui è presente una reception, abbiamo chiesto se gli operatori avessero una formazione specifica per il **contatto col pubblico**, e se avessero ricevuto istruzioni specifiche per **comunicare con persone con disabilità** sensoriali e con disabilità cognitive lievi. Le risposte sono sintetizzate nella tabella 14.

Tabella 14: sedi nelle quali gli operatori della reception hanno ricevuto una formazione specifica per il contatto col pubblico, e istruzioni specifiche per comunicare con persone con disabilità sensoriali e con disabilità cognitive lievi.

Risposte	Formazione per il contatto col pubblico	%	Istruzioni per comunicare con pers. con disabilità	%
Si	21	65.625 %	7	21.875 %
No	10	31.25 %	24	75 %
Non risponde	1	3.125 %	1	3.125 %
Totale	32	100	32	100

Si può osservare che le strutture che dispongono di operatori formati al contatto col pubblico sono circa il 65 % di quelle che hanno una reception, mentre non arrivano al 22 % le strutture dotate di operatori preparati a comunicare con le persone disabili.

Quelli che riportiamo nella tabella 15 sono i dati che riguardano le modalità attraverso le quali è possibile **reperire le informazioni** sui servizi ostetrico-ginecologici. Essendo una domanda che consentiva risposte multiple, la somma dei valori percentuali è superiore a 100.

Tabella 15: modalità attraverso le quali sono reperibili le informazioni sui servizi ostetrico-ginecologici

Modalità di reperimento informazioni sui servizi ostetrico-ginec.	Numero di strutture	%
Telefonicamente	57	93.44 %
Via e-mail	6	9.84 %
Attraverso il sito internet della struttura	37	60.65 %
Personalmente	56	91.80 %
Tramite volantini/guide o altro materiale cartaceo	28	45.90%
Tramite supporti/formati diversi (file audio, file digitali, testi in Braille, illustrazioni o filmati in lingua dei segni, testi semplificati, ecc.)	1	1.64 %
Non risponde	2	3.28 %

La tabella 15 evidenzia come le modalità informative maggiormente disponibili siano il contatto telefonico e il recarsi di persona alla struttura. Le potenzialità di internet (via e-mail e sito) sono ancora sottoutilizzate. Rispetto alla modalità via e-mail, il consultorio di Modena segnala che essa è disponibile solo per i pap-test. L'unica struttura in cui è possibile usufruire delle informazioni anche in supporti/formati diversi è il consultorio di Sassuolo. La mancanza di differenziazione dei supporti informativi penalizza maggiormente le persone con disabilità sensoriali, intellettive e quelle con tetraplegie.

Altri elementi importanti da tenere in considerazione nei servizi di ricezione sono la presenza di una **sala d'attesa**, la circostanza che vi siano o meno degli **ostacoli lungo il percorso** per raggiungerla, e l'indicazione se essa sia caratterizzata da un'**ampiezza** tale da consentire ad una persona in sedia a

rotelle di accedere e accomodarsi agevolmente. Nelle tabelle 16, 17 e 18 abbiamo sintetizzato i dati relativi a questi aspetti dell'accessibilità ambientale. La tabella 16 mostra come la quasi totalità (il 96 %) delle sedi in cui sono erogati i servizi ostetrico-ginecologici sia dotata di una **sala d'attesa**.

Tabella 16: presenza di una sala d'attesa nella sede in cui sono erogati i servizi ostetrico-ginecologici

Presenza di una sala d'attesa	Numero di strutture	%
Si	59	96.72 %
No	2	3.28 %
Totale	61	100

La tabella 17 mostra che nel 27 % delle sedi in cui è presente una sala d'attesa ci sono degli **ostacoli lungo il percorso** per raggiungere la stessa.

Tabella 17: presenza di ostacoli lungo il percorso per raggiungere la sala d'attesa

Presenza di ostacoli lungo il percorso per raggiungere la sala d'attesa	Numero di strutture	%
Si	16	27.12 %
No	40	67.80 %
Non risponde	3	5.08 %
Totale	59	100

Confrontando i dati della tabella 17 con quelli della tabella 18 si può osservare che il numero delle sale d'attesa sufficientemente ampie da consentire ad una persona in sedia a rotelle di accedere e accomodarsi agevolmente è superiore a quello delle sale d'attesa senza ostacoli lungo il percorso per raggiungere la stessa. Questo significa che alcune di queste sale, pur essendo accessibili sotto il profilo dell'**ampiezza**, sono di fatto irraggiungibili per la presenza di ostacoli esterni.

Tabella 18: l'ampiezza della sala d'attesa è tale da consentire ad una persona in sedia a rotelle di accedere e accomodarsi agevolmente?

L'ampiezza della sala d'attesa è tale da consentire ad una persona in sedia a rotelle di accedere e accomodarsi agevolmente?	Numero di strutture	%
Si	48	81.35 %
No	9	15.25 %
Non risponde	2	3.40 %
Totale	59	100

Sempre in relazione ai servizi di ricezione, è stata rilevata la **modalità di chiamata** attraverso la quale

i/le pazienti in attesa di visita sono avvisati del proprio turno. I dati rilevati (tabella 19) mostrano che nella quasi totalità dei casi (96.72 %) i/le pazienti sono avvisati da un/a operatore/trice. Solo l'Ospedale San Giovanni Evangelista di Tivoli (Roma) utilizza un dispositivo di chiamata vocale (che risulta inaccessibile o difficoltoso alle persone con problemi di udito). Mentre non risultano utilizzati i display visivi (inaccessibili alle persone cieche e difficoltosi per quelle ipovedenti). Solo l'Azienda ULSS 14 di Chioggia non ha risposto a questa domanda. I dati sono esposti nella tabella 19.

Tabella 19: modalità di chiamata attraverso la quale i/le pazienti in attesa di visita sono avvisati del proprio turno

Modalità di chiamata attraverso la quale i/le pazienti in attesa di visita sono avvisati del proprio turno	Numero di strutture	%
Attraverso un operatore	59	96.72 %
Attraverso un dispositivo di chiamata vocale	1	1.64 %
Attraverso un display visivo	0	0 %
Non risponde	1	1.64 %
Totale	61	100

La tabella 20 mostra i dati relativi alla presenza di un **bagno accessibile** alle persone con disabilità nella sede in cui sono erogati i servizi ostetrico-ginecologici. Fa impressione notare che quasi il **43 %** di queste sedi in cui sono erogati servizi sanitari non sia dotata di un bagno accessibile.

Tabella 20: presenza di un bagno accessibile alle persone con disabilità

Presenza di un bagno accessibile alle persone con disabilità	Numero di strutture	%
Si	34	55.74 %
No	26	42.62 %
Non risponde	1	1.64 %
Totale	61	100

I servizi di collegamento con la sede in cui sono erogati i servizi ostetrico-ginecologici

Prima di esporre i dati rilevati in relazione ai singoli servizi ostetrico-ginecologici, abbiamo voluto rilevare alcune informazioni inerenti i servizi di collegamento con la sede in cui sono erogati i servizi stessi. Ciò al fine di promuovere un **approccio all'accessibilità** di carattere **sistemico**, ossia un modo di guardare all'accessibilità che non si limita a considerare i singoli ambienti o servizi, ma colloca gli stessi all'interno di un sistema complesso, di ambienti e servizi, coordinato e funzionante.

Tabella 21: presenza di parcheggi riservati in prossimità della sede in cui sono erogati i servizi ostrico-ginecologici

Presenza di parcheggi riservati	Numero di strutture	%
Si	44	72.13 %
No	17	27.87 %
Totale	61	100

Oltre a verificare la presenza di **parcheggi riservati** in prossimità della sede in cui sono erogati i servizi ostrico-ginecologici (tabella 21), abbiamo chiesto alle 44 strutture che hanno confermato la presenza di almeno un parcheggio riservato alle persone con disabilità, la **distanza** dello stesso **dall'ingresso della sede**. Dalle risposte ottenute possiamo calcolare che questa distanza ha **un valore medio di 30.76 metri**. Tra i valori più elevati segnaliamo i 200 metri dell'ambulatorio di Chioggia, i 150 metri dell'Ospedale Santo Spirito di Roma, i 100 metri dell'ospedale Cardinal Massaia di Asti e dell'ospedale S. Maria Bianca di Mirandola.

Nella tabella 22 sono riportati i dati inerenti la presenza di un **servizio di trasporto pubblico** in prossimità della sede in cui sono erogati i servizi ostrico-ginecologici.

Tabella 22: presenza di un servizio di trasporto pubblico in prossimità della sede in cui sono erogati i servizi ostrico-ginecologici

Presenza di un servizio di trasporto pubblico in prossimità della sede in cui sono erogati i servizi ostrico-ginecologici	Numero di strutture	%
Si	42	68.85 %
No	18	29.51 %
Non risponde	1	1.64 %
Totale	61	100

Alle 42 strutture che hanno confermato la presenza di un servizio di **trasporto pubblico**, è stato chiesto se almeno uno dei mezzi pubblici presenti fosse **accessibile** alle persone con disabilità. Le risposte sono sintetizzate nella tabella 23. Sono poco più della metà (52 %) i mezzi di trasporto pubblico accessibili. Considerando i dati in relazione all'intero campione emerge che il **63.93 %** delle sedi in questione o non è servita da mezzi di trasporto pubblici, o è servita da mezzi di trasporto pubblici inaccessibili alle persone con disabilità.

Tabella 23: accessibilità di almeno uno dei mezzi di trasporto pubblici

Accessibilità di almeno uno dei mezzi di trasporto pubblici	Numero di strutture	%
Si	22	52.38 %
No	10	23.81 %

Non risponde	10	23.81 %
Totale	42	100

Nelle tabelle 24 e 25 sono riportati i dati inerenti la presenza di un **servizio taxi** e di **door to door** accessibile alle persone con disabilità: esse presentano valori sovrapponibili.

Tabella 24: presenza di un servizio taxi accessibile alle persone con disabilità

Presenza di un servizio taxi accessibile alle persone con disabilità	Numero di strutture	%
Si	20	32.79 %
No	25	40.98 %
Non risponde	16	26.23 %
Totale	61	100

Tabella 25: presenza di un servizio door to door accessibile alle persone con disabilità

Presenza di un servizio door to door accessibile alle persone con disabilità	Numero di strutture	%
Si	20	32.79 %
No	25	40.98 %
Non risponde	16	26.23 %
Totale	61	100

Infine, nella tabella 26, sono illustrati i dati relativi alla possibilità per l'utenza di attivare un **servizio di trasporto in ambulanza** da casa. Questa possibilità è consentita nel 57 % dei casi considerati, ma quest'ultimo dato non mitiga la **valutazione complessivamente negativa sui servizi di collegamento**, soprattutto se si considera che la maggior parte delle persone con disabilità non ricorre all'uso dell'ambulanza per i propri spostamenti. Si evidenzia inoltre il significativo numero di mancate risposte: molti degli operatori sanitari coinvolti nell'indagine hanno manifestato di non conoscere questo tipo di informazione. Questo mostra come l'approccio sistemico sia ancora scarsamente utilizzato sia a livello di progettazione e organizzazione dei servizi, sia ad un livello di informazione sui servizi stessi.

Tabella 26: possibilità per l'utenza di attivare un servizio di trasporto in ambulanza da casa

Possibilità per l'utenza di attivare un servizio di trasporto in ambulanza da casa	Numero di strutture	%
Si	35	57.38 %
No	19	31.15 %

Non risponde	7	11.47 %
Totale	61	100

I singoli servizi ostetrico-ginecologici

La tabella 27 contiene i dati relativi alla rosa di esami/visite ostetrico-ginecologiche individuata come area di indagine della presente ricerca: visita ostetrico-ginecologica, PAP test, mammografia, ecografia pelvica, densitometria ossea, prove urodinamiche, colposcopia, ecografia mammaria e isteroscopia.

Per ciascuna struttura sono indicati gli esami/visite ostetrico-ginecologiche effettuati.

Tabella 27: esami/visite ostetrico-ginecologiche effettuati nelle singole strutture

Struttura	Visita ostetrico-ginec.	PAP test	Mammografia	Ecograf. pelvica	Densitometria ossea	Prove urodinamiche	Colposcopia	Ecografia mammaria	Isteroscopia
Alghero (consult.)	x	x							
Alghero (poliamb.)	x	x							
Anguillara	x	x							
Asti	x	x		x	x	x	x		x
Bono	x	x							
Bonorva	x	x							
Bracciano	x	x							
Campagnano di Roma	x	x							
Carpi (consult.)	x	x		x					
Carpi (osped.)	x	x		x			x		x
Castelfranco Emilia	x	x		x			x		
Castelsardo	x	x							
Cerveteri	x	x							
Chioggia	x	x	x	x	x		x		x
Chioggia/Cavarzere	x	x					x		
Civitavecchia (consult.)	x	x							
Civitavecchia (osped.)	x	x	x	x		x	x	x	

Fiano Romano	x	x							
Formello	x	x							
Ittiri	x	x							
Ladispoli	x	x							
Livorno	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Manziana	x	x							
Marina di Pisa	x	x							
Mirandola (consult.)	x	x		x					
Mirandola (osped.)	x	x					x		x
Modena	x	x		x			x	x	
Monterotondo	x	x	x				x	x	
Morlupo	x	x							
Navacchio	x	x							
Nizza Monferrato									
Nulvi	x	x							
Ozieri	x	x							
Palestrina	x	x	x	x			x	x	x
Pavullo (consult.)	x	x	x	x			x	x	x
Pavullo (osped.)				x			x		
Perfugas	x	x							
Pisa (CEP)	x	x							
Pisa (Via Torino)	x	x							
Porto Torres	x	x							
Roma (Via Emo)	x	x							
Roma (consult. adolesc.)	x	x							
Roma (Via Cassia)	x	x							
Roma (Via Gasparri)	x	x							

Roma (Via Offanengo)	x	x							
Roma (Via Silveri)	x	x							
Roma (Via Tornabuoni)	x	x							
Roma (Cesano)	x	x							
Roma (P.zza S.M. d. Pietà)	x	x							
Roma (osped. Grassi)	x	x	x	x		x	x	x	x
Roma (osped. S. Spirito)	x	x	x	x			x		x
San Giuliano Terme	x	x							
Santa Marinella	x	x							
Sassari (Via Nurra)	x	x							
Sassari (Via Rizzeddu)	x	x		x			x		
Sassuolo (consult.)	x	x		x			x		
Sassuolo (osped.)	x			x			x		x
Sorso	x	x							
Thiesi	x	x							
Tivoli	x	x	x	x		x	x	x	x
Vignola	x	x		x			x		x

Riassumiamo nella tabella 28 il numero di strutture che effettuano i singoli esami/visite ostetrico-ginecologiche. Dal momento che ogni struttura può erogare più di una tipologia di esame/visita, la somma dei valori percentuali è superiore a 100.

Tabella 28: numero di strutture che effettuano i singoli esami/visite ostetrico-ginecologiche

Esami/visite ostetrico-ginecologiche	Numero di strutture	%
Visita ostetrico-ginecologica	60	98.36 %
PAP test	59	96.72 %
Mammografia	9	14.75 %
Ecografia pelvica	19	31.15 %

Densitometria ossea	3	4.92 %
Prove urodinamiche	5	8.20 %
Colposcopia	20	32.79 %
Ecografia mammaria	8	13.11 %
Isteroscopia	12	19.67 %

La visita ostetrico-ginecologica

Come esposto nella tabella 28, la visita ostetrico-ginecologica è praticata **quasi nella totalità delle strutture** del campione di ricerca (60 su 61). Il primo indicatore rilevato riguarda la **presenza di ostacoli** lungo il percorso per raggiungere l'ambiente in cui è effettuata la visita (tabella 29).

Tabella 29: presenza di ostacoli lungo il percorso per raggiungere l'ambiente in cui è effettuata la visita

Presenza di ostacoli lungo il percorso per raggiungere l'ambiente in cui è effettuata la visita	Numero di strutture	%
Si	12	20 %
No	48	80 %
Totale	60	100

Dalla tabella 29 si può rilevare che nel **20 % delle strutture** in cui è effettuata la visita ostetrico-ginecologica **sono presenti ostacoli lungo il percorso** di accesso agli ambulatori interessati. Sempre in relazione a questo tipo di visita è stato rilevato se essa fosse svolta in un ambiente dedicato (tabella 30). Le risposte affermative rappresentano quasi l'87 % del campione considerato.

Tabella 30: la visita ostetrico-ginecologica si svolge in un ambiente dedicato?

La visita ostetrico-ginecologica si svolge in un ambiente dedicato?	Numero di strutture	%
Si	52	86.67 %
No	6	10.00 %
Non risponde	2	3.33 %
Totale	60	100

Meno buoni sono invece gli esiti della domanda relativa alla valutazione se lo **spazio e l'accesso** dell'ambiente in cui si svolge la visita ostetrico-ginecologica **fossero adeguati a muoversi in sedia a rotelle** (tabella 31). In questo caso le risposte affermative non arrivano al 72 %.

Tabella 31: lo spazio e l'accesso dell'ambiente in cui si svolge la visita ostetrico-ginecologica sono adeguati a muoversi in sedia a rotelle?

Lo spazio e l'accesso dell'ambiente in cui si svolge la visita ostetrico-ginecologica sono adeguati a muoversi in sedia a rotelle?	Numero di strutture	%
Si	43	71.67 %
No	15	25.00 %
Non risponde	2	3.33 %
Totale	60	100

Nella tabella 32 sono riportati i dati inerenti la presenza, all'interno dell'ambulatorio, di uno **spogliatoio** sufficientemente ampio da consentire il movimento di una persona in sedia a rotelle e di un eventuale accompagnatore. In questo caso le risposte affermative superano di poco il 38 %, e preannunciano la **scarsa attenzione** (confermata dai dati della tabella 33) **agli aspetti della riservatezza**.

Tabella 32: presenza di uno spogliatoio sufficientemente ampio da consentire il movimento di una persona in sedia a rotelle e di un eventuale accompagnatore

Presenza di uno spogliatoio accessibile	Numero di strutture	%
Si	23	38.33 %
No	36	60.00 %
Non risponde	1	1.67 %
Totale	60	100

Alle 23 strutture che hanno indicato la presenza di uno spogliatoio è stato chiesto se esso fosse in grado di garantire la **riservatezza della paziente** nella fase preparatoria alla visita. Come illustrato nella tabella 33, solo 21 strutture soddisfano questa caratteristica (esse rappresentano il **35 %** delle 60 strutture che svolgono le visite ostetrico-ginecologiche).

Tabella 33: lo spogliatoio garantisce la riservatezza della paziente nella fase preparatoria alla visita?

Lo spogliatoio garantisce la riservatezza della paziente nella fase preparatoria alla visita?	Numero di strutture	%
Si	21	91.30 %
No	2	8.70 %
Totale	23	100

Un importante indicatore di accessibilità strumentale riguarda la caratteristica che il **lettino** dell'ambulatorio in cui si svolgono le visite ostetrico-ginecologiche sia **regolabile in altezza** (tabella 34). Solo 17 strutture (il 28.33 %) hanno risposto positivamente. La qual cosa rende difficoltoso il raggiungimento del lettino stesso da parte di molte donne con disabilità motoria.

Tabella 34: presenza, nell'ambulatorio, di un lettino regolabile in altezza

Presenza, nell'ambulatorio, di un lettino regolabile in altezza	Numero di strutture	%
Si	17	28.33 %
No	43	71.67 %
Totale	60	100

La mancanza di un lettino regolabile in altezza non è minimamente compensata dalla **presenza di un sollevatore**. Infatti, come illustrato nella tabella 35, **solo una struttura su 60** (l'Ospedale San Giovanni Evangelista di Tivoli, in provincia di Roma) segnala la presenza di questo strumento utile ad effettuare le manovre di movimentazione delle persone con disabilità in sicurezza.

Tabella 35: presenza, nell'ambulatorio, di un sollevatore

Presenza, nell'ambulatorio, di un sollevatore	Numero di strutture	%
Si	1	1.67 %
No	59	98.33 %
Totale	60	100

Talvolta alcune pazienti che riescono a fare brevi tragitti in autonomia, possono invece avere difficoltà a raggiungere ambulatori diversi qualora questi siano distanti tra di loro. Per questo motivo è stata verificata la presenza, presso gli ambulatori, di **una sedia a rotelle disponibile per l'utenza** (tabella 36). Solo un terzo delle strutture in cui si svolgono le visite ostetrico-ginecologiche ha risposto affermativamente al quesito in questione.

Tabella 36: presenza, presso gli ambulatori, di una sedia a rotelle disponibile per l'utenza

Presenza di una sedia a rotelle disponibile per l'utenza	Numero di strutture	%
Si	20	33.33 %
No	40	66.67 %
Totale	60	100

Un altro indicatore di accessibilità rilevato riguarda la **presenza di almeno due operatori** (infermieri/ausiliari) disponibili ad aiutare la paziente in caso di necessità (tabella 37). Le risposte affermative sono state 34 (il 56.67 %).

Tabella 37: presenza di almeno due operatori (infermieri/ausiliari) disponibili ad aiutare la paziente

Presenza di almeno due operatori disponibili ad aiutare la paziente	Numero di strutture	%
Si	34	56.67 %
No	25	41.67 %
Non risponde	1	1.67 %
Totale	60	100

Un aspetto a cui guardare con molta attenzione riguarda la **formazione dei medici**: è stato chiesto se i medici che svolgono le visite ostetrico-ginecologiche avessero ricevuto una formazione sulle **diverse disabilità** (motoria, sensoriale ed intellettiva). Le risposte affermative non arrivano al 7 % (tabella 38).

Tabella 38: i medici che svolgono la visita hanno ricevuto una formazione sulle diverse disabilità?

I medici che svolgono la visita hanno ricevuto una formazione sulle diverse disabilità?	Numero di strutture	%
Si	4	6.67 %
No	53	88.33 %
Non risponde	3	5 %
Totale	60	100

Nella tabella 39 sono riportati i dati relativi alla possibilità, per i medici che svolgono le visite ostetrico-ginecologiche, di disporre di **una rete di contatti con specialisti in varie patologie** (neurologi, psichiatri, internisti, reumatologi...). Questa possibilità esiste nel 65 % dei casi, e consente un intervento sanitario coordinato.

Tabella 39: i medici che svolgono le visite ostetrico-ginecologiche possono contare su una rete di contatti con specialisti in varie patologie?

Presenza di una rete di contatti con specialisti in varie patologie	Numero di strutture	%
Si	39	65 %
No	21	35 %
Totale	60	100

Il penultimo indicatore rilevato per le visite ostetrico-ginecologiche riguarda la possibilità, qualora si rendesse necessario, di disporre di **servizi di ecografia accessibili** a persone disabili. I dati sono riportati nella tabella 40, e mostrano che ciò è possibile solo in 25 casi.

Tabella 40: all'occorrenza è possibile disporre di servizi di ecografia accessibili a persone disabili?

Possibilità di disporre di servizi di ecografia accessibili a persone disabili	Numero di strutture	%
Si	25	41.67 %
No	33	55 %
Non risponde	2	3.33 %
Totale	60	100

Infine (tabella 41) è stato rilevato se all'occorrenza fosse possibile disporre di un **laboratorio analisi accessibile** a persone disabili. Anche in questo caso le risposte affermative costituiscono una minoranza del campione (il 45 %).

Tabella 41: all'occorrenza è possibile disporre di un laboratorio analisi accessibile a persone disabili?

Possibilità di disporre di un laboratorio analisi accessibile a persone disabili	Numero di strutture	%
Si	27	45 %
No	30	50 %
Non risponde	3	5 %
Totale	60	100

Il PAP test

I PAP test sono effettuati in **59 strutture** (il 96.72 % del campione considerato). In relazione a questo tipo di esame sono stati rilevati indicatori simili a quelli individuati per la visita ostetrico-ginecologica. Nella tabella 42 sono esposti i dati inerenti la **presenza di ostacoli** lungo il percorso per raggiungere l'ambiente in cui è effettuata la visita.

Tabella 42: presenza di ostacoli lungo il percorso per raggiungere l'ambiente in cui è effettuato il PAP test

Presenza di ostacoli lungo il percorso per raggiungere l'ambiente in cui è effettuato il PAP test	Numero di strutture	%
Si	12	20.34 %
No	47	79.66 %
Totale	59	100

Tali ostacoli sono presenti nel 20 % dei casi considerati.

La tabella 43 mostra invece come i PAP test si svolgono in un **ambiente dedicato** nel 91 % delle strutture, la qual cosa è sicuramente positiva.

Tabella 43: il PAP test si svolge in un ambiente dedicato?

Il PAP test si svolge in un ambiente dedicato?	Numero di strutture	%
Si	54	91.53 %
No	5	8.47 %
Totale	59	100

Rispetto **all'accessibilità** alle persone che si spostano in **sedia a rotelle degli ambulatori** in cui si effettuano i PAP test, si può notare che l'ambiente sanitario risulta adeguato solo in 41 casi, neanche il 70 % del campione (tabella 44).

Tabella 44: : lo spazio e l'accesso dell'ambiente in cui si svolge il PAP test sono adeguati a muoversi in sedia a rotelle?

Lo spazio e l'accesso dell'ambiente in cui si svolge il PAP test sono adeguati a muoversi in sedia a rotelle?	Numero di strutture	%
Si	41	69.49 %
No	17	28.81 %
Non risponde	1	1.69 %
Totale	59	99.99

Come già osservato per le visite ostetrico-ginecologiche, anche negli ambulatori in cui si svolgono i PAP test uno **spogliatoio accessibile** alle donne che si spostano in sedia a rotelle (tabella 45) è presente solo in una minoranza di casi (40.68 %).

Tabella 45: presenza di uno spogliatoio sufficientemente ampio da consentire il movimento di una persona in sedia a rotelle e di un eventuale accompagnatore

Presenza di uno spogliatoio accessibile	Numero di strutture	%
Si	24	40.68 %
No	28	47.46 %
Non risponde	7	11.86 %
Totale	59	100

Alle strutture che hanno risposto affermativamente al quesito precedente è stato chiesto se lo spogliatoio fosse in grado di **garantire la riservatezza della paziente** nella fase preparatoria della visita.

Tabella 46: lo spogliatoio garantisce la riservatezza della paziente nella fase preparatoria alla visita?

Lo spogliatoio garantisce la riservatezza della paziente nella fase preparatoria alla visita?	Numero di strutture	%
Si	21	87.50 %
No	3	12.50 %
Totale	24	100

I dati riportati nella tabella 46 mostrano che, anche nei casi in cui lo spogliatoio è presente, la riservatezza non è sempre garantita (nel 12.50 % delle strutture in cui esso è presente non lo è).

Anche per i PAP test, come già riscontrato per le visite ostetrico-ginecologiche, è molto difficile per le donne trovare un ambulatorio dotato di un **lettino regolabile in altezza**: solo 12 strutture (20.34 %) su 59 ne possiedono uno (tabella 47).

Tabella 47: presenza, nell'ambulatorio, di un lettino regolabile in altezza

Presenza, nell'ambulatorio, di un lettino regolabile in altezza	Numero di strutture	%
Si	12	20.34 %
No	45	76.27 %
Non risponde	2	3.39 %
Totale	59	100

La tabella 48 illustra come solo una struttura su 59 disponga di un **sollevatore**. Questa è l'Ospedale San Giovanni Evangelista di Tivoli (Roma).

Tabella 48: presenza, nell'ambulatorio, di un sollevatore

Presenza, nell'ambulatorio, di un sollevatore	Numero di strutture	%
Si	1	1.69 %
No	55	93.22 %
Non risponde	3	5.08 %
Totale	59	99.99

Va un po' meglio con la presenza di **personale sanitario disponibile ad aiutare la paziente** nel caso abbia bisogno di aiuto per prepararsi alla visita e negli spostamenti (tabella 49).

Tabella 49: presenza di almeno due operatori (infermieri/ausiliari) disponibili ad aiutare la paziente

Presenza di almeno due operatori disponibili ad aiutare la paziente	Numero di strutture	%
Si	31	52.54 %
No	27	45.76 %
Non risponde	1	1.69 %
Totale	59	99.99

Ma, anche qui, pur in presenza di una maggioranza di strutture che risponde positivamente (52.54 %), resta da capire come nell'altro 45.76 % le donne con una disabilità motoria importante possano raggiungere la postazione di visita considerando che spesso i lettini non sono regolabili in altezza, e che nella quasi totalità delle strutture non ci sono sollevatori disponibili.

Come riportato nella tabella 50, solo in 3 strutture i **medici** che svolgono il PAP test hanno ricevuto una **formazione sulle diverse disabilità** (motoria, sensoriale ed intellettiva). Esse sono: il poliambulatorio di Bonorva (Sassari), il consultorio familiare di Chioggia e Cavarzere (Venezia) e il consultorio familiare di Via Emo a Roma.

Tabella 50: i medici che svolgono la visita hanno ricevuto una formazione sulle diverse disabilità?

I medici che svolgono la visita hanno ricevuto una formazione sulle diverse disabilità?	Numero di strutture	%
Si	3	5.08 %
No	54	91.52 %
Non risponde	2	3.39 %
Totale	59	99.99

Il **PAP test in fase liquida**, anche detto THIN PREP, consente di non dover utilizzare i vetrini ma un preparato liquido nel quale vengono stemperate le cellule prelevate dal collo dell'utero. Questa metodica ha maggior sensibilità e specificità in particolare in quelle pazienti che non hanno mai avuto rapporti, e nelle quali il PAP test viene spesso effettuato alla cieca, cioè senza l'utilizzo dello speculum per la visualizzazione del collo dell'utero. E' stato verificato se le strutture fossero attrezzate per utilizzare questa metodica, ma solo una minoranza (uno scarso 39 %) ha risposto affermativamente (tabella 51).

Tabella 51: la sede è attrezzata per effettuare il PAP test in fase liquida?

La sede è attrezzata per effettuare il PAP test in fase liquida?	Numero di strutture	%
Si	23	38.98 %
No	36	61.02 %
Totale	59	100

La mammografia

La mammografia, come già esposto nella tabella 28, è praticata solo in 9 delle 61 strutture del nostro campione d'indagine. Anche in questo caso è stata verificata la **presenza di ostacoli nel percorso** per raggiungere l'ambulatorio in cui tale esame viene praticato (tabella 52). Possiamo constatare che l'inaccessibilità del percorso non è stata rilevata in nessun caso. Tuttavia va segnalato che nel questionario compilato a cura dell'Azienda ULSS 14 di Chioggia (Venezia), pur avendo gli operatori indicato che la mammografia è un esame praticato nella struttura, non è stata fornita alcun'altra informazione sull'accessibilità del servizio (non è stata data risposta a nessuna delle domande successive).

Tabella 52: presenza di ostacoli lungo il percorso per raggiungere l'ambulatorio in cui è effettuata la mammografia

Presenza di ostacoli lungo il percorso per raggiungere l'ambulatorio in cui è effettuata la mammografia	Numero di strutture	%
No	8	88.89 %
Non risponde	1	11.11 %
Totale	9	100

Alla domanda se l'ambulatorio fosse dotato di **accessi e spazi adeguati** per muoversi in sedia a rotelle, il "mini" campione ha risposto come indicato nella tabella 53. A parte Chioggia, sono state date solo risposte positive.

Tabella 53: lo spazio e l'accesso dell'ambiente in cui si svolge la mammografia sono adeguati a muoversi in sedia a rotelle?

Lo spazio e l'accesso dell'ambiente in cui si svolge la mammografia sono adeguati a muoversi in sedia a rotelle?	Numero di strutture	%
Si	8	88.89 %
Non risponde	1	11.11 %
Totale	9	100

Nella tabella 54 sono sintetizzati i dati relativi alla presenza, nell'ambulatorio nel quale sono effettuate le mammografie, di uno **spogliatoio accessibile**. Esso risulta presente in 5 strutture su 9.

Tabella 54: presenza di uno spogliatoio sufficientemente ampio da consentire il movimento di una persona in sedia a rotelle e di un eventuale accompagnatore

Presenza di uno spogliatoio accessibile	Numero di strutture	%
Si	5	55.55 %
No	3	33.33 %
Non risponde	1	11.11 %
Totale	9	99.99

Alla domanda se lo spogliatoio fosse in grado di garantire la **riservatezza** della paziente nella fase preparatoria alla visita, tutte e 5 le strutture in cui è presente uno spogliatoio hanno risposto in modo affermativo (tabella 55).

Tabella 55: lo spogliatoio garantisce la riservatezza della paziente nella fase preparatoria alla visita?

Lo spogliatoio garantisce la riservatezza della paziente nella fase preparatoria alla visita?	Numero di strutture	%
Si	5	100 %
Totale	5	100

E' stato chiesto se **l'apparecchio utilizzato per l'esame mammografico** fosse in grado di scendere verso il basso sino al livello di una donna seduta in sedia a rotelle (tabella 56). Questo requisito è soddisfatto in 7 strutture.

Tabella 56: presenza di un mammografo regolabile in altezza

Presenza di un mammografo regolabile in altezza	Numero di strutture	%
Si	7	77.77 %
Non risponde	2	22.22 %
Totale	9	99.99

In conclusione è stato chiesto se i medici che svolgono l'esame mammografico hanno ricevuto una **formazione sulle diverse disabilità** (motoria, sensoriale ed intellettiva). I dati della tabella 57 si commentano da soli.

Tabella 57: i medici che svolgono la visita hanno ricevuto una formazione sulle diverse disabilità?

I medici che svolgono la visita hanno ricevuto una formazione sulle diverse disabilità?	Numero di strutture	%
No	7	77.77 %

Non risponde	2	22.22 %
Totale	9	99.99

L'ecografia pelvica

Passiamo ora ai dati relativi alle ecografie pelviche, praticate in 19 strutture su 61 (tabella 28). Anche in questo caso è stata rilevata la **presenza di ostacoli lungo il percorso per raggiungere l'ambulatorio** in cui viene svolto questo tipo di esame (tabella 58). Essi risultano presenti in 3 strutture.

Tabella 58: presenza di ostacoli lungo il percorso per raggiungere l'ambulatorio in cui si svolge l'ecografia pelvica

Presenza di ostacoli lungo il percorso per raggiungere l'ambulatorio in cui si svolge l'ecografia pelvica	Numero di strutture	%
Si	3	15.79 %
No	15	78.95 %
Non risponde	1	5.26 %
Totale	19	100

La tabella 59 mostra che il 73.68 % delle strutture è dotata di un ambiente **con spazi e accessi adeguati** a muoversi in sedia a rotelle.

Tabella 59: lo spazio e l'accesso dell'ambiente in cui si svolge l'ecografia pelvica sono adeguati a muoversi in sedia a rotelle?

Lo spazio e l'accesso dell'ambiente in cui si svolge l'ecografia pelvica sono adeguati a muoversi in sedia a rotelle?	Numero di strutture	%
Si	14	73.68 %
No	3	15.79 %
Non risponde	2	10.53 %
Totale	19	100

I dati inerenti la presenza di uno **spogliatoio accessibile** a donne in sedia a rotelle sono esposti nella tabella 60, ed evidenziano che esso è presente in 8 strutture (comunque una minoranza).

Tabella 60: presenza di uno spogliatoio sufficientemente ampio da consentire il movimento di una persona in sedia a rotelle e di un eventuale accompagnatore

Presenza di uno spogliatoio accessibile	Numero di strutture	%
Si	8	42.10 %

No	7	36.84 %
Non risponde	4	21.05 %
Totale	19	99.99

Delle 8 strutture dotate di spogliatoio accessibile, 5 garantiscono anche la **riservatezza** della paziente nella fase preparatoria alla visita (tabella 61).

Tabella 61: lo spogliatoio garantisce la riservatezza della paziente nella fase preparatoria alla visita?

Lo spogliatoio garantisce la riservatezza della paziente nella fase preparatoria alla visita?	Numero di strutture	%
Si	5	62.50 %
No	3	37.50 %
Totale	8	100

La tabella 62 mostra che solo nella metà delle strutture (10 su 19, per essere precisi) è presente di un **lettino regolabile in altezza**. Il consultorio familiare di Modena segnala che tale attrezzatura è disponibile solo se la visita è programmata.

Tabella 62: presenza, nell'ambulatorio, di un lettino regolabile in altezza

Presenza, nell'ambulatorio, di un lettino regolabile in altezza	Numero di strutture	%
Si	10	52.63 %
No	9	47.37 %
Totale	19	100

Il **sollevatore** è presente solo presso l'Ospedale Grassi di Roma e l'Ospedale San Giovanni Evangelista di Tivoli (Roma), manca negli altri casi (tabella 63).

Tabella 63: presenza, nell'ambulatorio, di un sollevatore

Presenza, nell'ambulatorio, di un sollevatore	Numero di strutture	%
Si	2	10.53 %
No	15	78.94 %
Non risponde	2	10.53 %
Totale	19	100

Nella tabella 64 sono esposti i dati relativi alla presenza di **personale sanitario disponibile ad aiutare la paziente** nel caso abbia bisogno di aiuto per prepararsi alla visita e negli spostamenti.

Tabella 64: presenza di almeno due operatori (infermieri/ausiliari) disponibili ad aiutare la paziente

Presenza di almeno due operatori (infermieri/ausiliari) disponibili ad aiutare la paziente	Numero di strutture	%
Si	9	47.37 %
No	7	36.84 %
Non risponde	3	15.79 %
Totale	19	100

Sono sconfortanti i dati relativi al fatto che, su 19 strutture, solo presso l'ambulatorio di Livorno i **medici** che svolgono l'ecografia pelvica sono stati **formati sulle diverse disabilità** (motoria, sensoriale ed intellettiva). Il dato è illustrato nella tabella 65.

Tabella 65: i medici che svolgono la visita hanno ricevuto una formazione sulle diverse disabilità?

I medici che svolgono la visita hanno ricevuto una formazione sulle diverse disabilità?	Numero di strutture	%
Si	1	5.26 %
No	16	84.21 %
Non risponde	2	10.53 %
Totale	19	100

L'ultimo indicatore rilevato riguarda la circostanza se nell'ambulatorio in cui si svolge l'ecografia pelvica fosse disponibile anche la seguente strumentazione: **una sonda vaginale, una sonda transaddominale e una sonda transrettale**. Gli esiti di questa rilevazione sono illustrati nella tabella 66 (essendo un quesito a risposta multipla, la somma dei valori percentuali è superiore a 100).

Tabella 66: nell'ambulatorio in cui si svolge l'ecografia pelvica è disponibile anche la seguente strumentazione?

Nell'ambulatorio in cui si svolge l'ecografia pelvica è disponibile anche la seguente strumentazione?	Numero di strutture	%
Sonda vaginale	19	100 %
Sonda transaddominale	19	100 %
Sonda transrettale	3	15.79 %

La densitometria ossea

Sono solo 3 le strutture nelle quali si effettuano densitometrie ossee, e sono: l'Ospedale Cardinal Massaia di Asti, Azienda ULSS 14 di Chioggia (Venezia) e il Presidio ospedaliero di Livorno. Come

già fatto in precedenza per la mammografia, segnaliamo che nel questionario compilato a cura dell'Azienda ULSS 14 di Chioggia (Venezia), pur avendo gli operatori indicato che la densitometria ossea è un esame praticato nella loro struttura, non è stata fornita alcun'altra informazione sull'accessibilità del servizio (non è stata data risposta a nessuna delle domande successive). Fatte queste premesse, procediamo con l'esposizione dei pochi dati raccolti.

Nella tabella 67 sono esposti i dati inerenti la presenza di **ostacoli lungo il percorso** per l'aggiungere l'ambulatorio nel quale sono effettuate le densitometrie ossee.

Tabella 67: presenza di ostacoli lungo il percorso per raggiungere l'ambulatorio in cui si svolge la densitometria ossea

Presenza di ostacoli lungo il percorso per raggiungere l'ambulatorio in cui si svolge la densitometria ossea	Numero di strutture	%
No	2	66.67 %
Non risponde	1	33.33 %
Totale	3	100

La tabella 68 riporta i dati sull'**accessibilità ambientale dell'ambulatorio** a persone che si spostano in sedia a rotelle.

Tabella 68: lo spazio e l'accesso dell'ambiente in cui si svolge la densitometria ossea sono adeguati a muoversi in sedia a rotelle?

Lo spazio e l'accesso dell'ambiente in cui si svolge la densitometria ossea sono adeguati a muoversi in sedia a rotelle?	Numero di strutture	%
Si	2	66.67 %
Non risponde	1	33.33 %
Totale	3	100

I dati della tabella 69 riguardano l'**accessibilità strumentale**: è stato chiesto se l'apparecchio utilizzato per effettuare la densitometria ossea consente di operare su persone sedute o allettate.

Tabella 69: l'apparecchio utilizzato per effettuare la densitometria ossea consente di operare su persone sedute o allettate?

L'apparecchio utilizzato per effettuare la densitometria ossea consente di operare su persone sedute o allettate?	Numero di strutture	%
Si	1	33.33 %
No	1	33.33 %
Non risponde	1	33.33 %
Totale	3	99.99

Infine, nella tabella 70, sono illustrati i dati riguardo alla circostanza che i **medici** che svolgono la densitometria abbiano ricevuto o meno una **formazione sulle diverse disabilità** (motoria, sensoriale ed intellettiva). Poche e desolanti le risposte ottenute.

Tabella 70: i medici che svolgono la visita hanno ricevuto una formazione sulle diverse disabilità?

I medici che svolgono la visita hanno ricevuto una formazione sulle diverse disabilità?	Numero di strutture	%
No	2	66.67 %
Non risponde	1	33.33 %
Totale	3	100

Le prove urodinamiche

Anche le prove urodinamiche sono un esame poco praticato nel nostro campione. Solo 5 strutture su 61 dichiarano di effettuarlo. Eccole: l'Ospedale Cardinal Massaia di Asti, il Presidio ospedaliero San Paolo di Civitavecchia (Roma), il Presidio ospedaliero di Livorno, l'Ospedale G.B. Grassi di Roma e Ospedale San Giovanni Evangelista di Tivoli (Roma). Anche in questo caso, dunque, pochi dati.

Nella tabella 71 sono sintetizzati i dati sull'**accessibilità del percorso** per raggiungere l'ambulatorio in cui si svolgono le prove urodinamiche.

Tabella 71: presenza di ostacoli lungo il percorso per raggiungere l'ambulatorio in cui si svolgono le prove urodinamiche

Presenza di ostacoli lungo il percorso per raggiungere l'ambulatorio in cui si svolgono le prove urodinamiche	Numero di strutture	%
Si	1	20 %
No	4	80 %
Totale	5	100

La tabella 72 contiene i dati sull'**accessibilità ambientale dell'ambulatorio** in cui si svolgono le prove urodinamiche. Tutti gli ambulatori dispongono di spazi e accessi adeguati a persone che si muovono in sedia a rotelle.

Tabella 72: lo spazio e l'accesso dell'ambiente in cui si svolgono le prove urodinamiche sono adeguati a muoversi in sedia a rotelle?

Lo spazio e l'accesso dell'ambiente in cui si svolgono le prove urodinamiche sono adeguati a muoversi in sedia a rotelle?	Numero di strutture	%
Si	5	100 %
Totale	5	100

La tabella 73 riporta i dati inerenti la presenza o meno, presso l'ambulatorio, di uno **spogliatoio accessibile**.

Tabella 73: presenza di uno spogliatoio sufficientemente ampio da consentire il movimento di una persona in sedia a rotelle e di un eventuale accompagnatore

Presenza di uno spogliatoio accessibile	Numero di strutture	%
Si	3	60 %
No	2	40 %
Totale	5	100

Le tre strutture nelle quali è presente lo spogliatoio dichiarano anche che esso è realizzato in modo tale da garantire la **riservatezza** della paziente nella fase preparatoria alla visita (tabella 74).

Tabella 74: lo spogliatoio garantisce la riservatezza della paziente nella fase preparatoria alla visita?

Lo spogliatoio garantisce la riservatezza della paziente nella fase preparatoria alla visita?	Numero di strutture	%
Si	3	100 %
Totale	3	100

Nella tabella 75 sono riportati i dati relativi alla presenza, presso l'ambulatorio, di un **lettino regolabile in altezza**.

Tabella 75: presenza, nell'ambulatorio, di un lettino regolabile in altezza

Presenza, nell'ambulatorio, di un lettino regolabile in altezza	Numero di strutture	%
Si	3	60 %
No	2	40 %
Totale	5	100

Delle 5 strutture che effettuano le prove urodinamiche solo l'Ospedale San Giovanni Evangelista di Tivoli (Roma) dispone di **sollevatore** utilizzabile nell'ambulatorio (tabella 76).

Tabella 76: presenza, nell'ambulatorio, di un sollevatore

Presenza, nell'ambulatorio, di un sollevatore	Numero di strutture	%
Si	1	20 %
No	4	80 %
Totale	5	100

In compenso la **presenza di almeno due operatori** disponibili ad aiutare la paziente nelle fasi

preparatorie dell'esame è garantita in 4 casi su 5 (tabella 77).

Tabella 77: presenza di almeno due operatori (infermieri/ausiliari) disponibili ad aiutare la paziente

Presenza di almeno due operatori (infermieri/ausiliari) disponibili ad aiutare la paziente	Numero di strutture	%
Si	4	80 %
No	1	20 %
Totale	5	100

Considerando la specificità di questo tipo di esame, è stato chiesto se in prossimità dell'ambulatorio in cui si svolgono le prove urodinamiche vi fosse un **bagno accessibile** alle persone con disabilità. 4 strutture hanno risposto affermativamente (tabella 78).

Tabella 78: presenza di un bagno accessibile alle persone con disabilità in prossimità dell'ambulatorio

Presenza di un bagno accessibile alle persone con disabilità in prossimità dell'ambulatorio	Numero di strutture	%
Si	4	80 %
No	1	20 %
Totale	5	100

Infine, la consueta domanda sulla **formazione dei medici** rispetto ai **diversi tipi di disabilità** (tabella 79). Unico caso virtuoso: il Presidio ospedaliero di Livorno.

Tabella 79: i medici che svolgono la visita hanno ricevuto una formazione sulle diverse disabilità?

I medici che svolgono la visita hanno ricevuto una formazione sulle diverse disabilità?	Numero di strutture	%
Si	1	20 %
No	3	60 %
Non risponde	1	20 %
Totale	5	100

La colposcopia

Sono 20 (il 32.79 % del campione) le strutture nelle quali viene effettuata la colposcopia. Le tabelle che seguono espongono i dati raccolti con le stesse modalità utilizzate per gli altri esami/visite.

Il primo dato riguarda l'**accessibilità del percorso** per raggiungere l'ambulatorio in cui si svolge la

colposcopia (tabella 80). Nel 20 % delle strutture sono presenti ostacoli.

Tabella 80: presenza di ostacoli lungo il percorso per raggiungere l'ambulatorio in cui si svolge la colposcopia

Presenza di ostacoli lungo il percorso per raggiungere l'ambulatorio in cui si svolge la colposcopia	Numero di strutture	%
Si	4	20 %
No	16	80 %
Totale	20	100

L'80 % delle strutture afferma che l'ambulatorio ha caratteristiche di **accessibilità ambientale** adeguate alle esigenze di chi si sposta in sedia a rotelle (tabella 81).

Tabella 81: lo spazio e l'accesso dell'ambiente in cui si svolge la colposcopia sono adeguati a muoversi in sedia a rotelle?

Lo spazio e l'accesso dell'ambiente in cui si svolge la colposcopia sono adeguati a muoversi in sedia a rotelle?	Numero di strutture	%
Si	16	80 %
No	4	20 %
Totale	20	100

Il terzo quesito ha permesso di rilevare la presenza di uno **spogliatoio accessibile** nel 60 % delle strutture in cui è effettuata la colposcopia (tabella 82).

Tabella 82: presenza di uno spogliatoio sufficientemente ampio da consentire il movimento di una persona in sedia a rotelle e di un eventuale accompagnatore

Presenza di uno spogliatoio accessibile	Numero di strutture	%
Si	12	60 %
No	6	30 %
Non risponde	2	10 %
Totale	20	100

10 delle 12 strutture in cui è presente lo spogliatoio garantiscono la **riservatezza** della paziente durante la preparazione alla visita (tabella 83).

Tabella 83: lo spogliatoio garantisce la riservatezza della paziente nella fase preparatoria alla visita?

Lo spogliatoio garantisce la riservatezza della paziente nella fase preparatoria alla visita?	Numero di strutture	%
Si	10	83.33 %
No	2	16.67 %
Totale	12	100

Solo la metà degli ambulatori che effettuano la colposcopia dispone di un **lettino regolabile in altezza** (tabella 84).

Tabella 84: presenza, nell'ambulatorio, di un lettino regolabile in altezza

Presenza, nell'ambulatorio, di un lettino regolabile in altezza	Numero di strutture	%
Si	10	50 %
No	10	50 %
Totale	20	100

Come già riscontrato anche per altri esami/visite, solo l'Ospedale San Giovanni Evangelista di Tivoli può contare sulla presenza di un **sollevatore** presso l'ambulatorio (tabella 85).

Tabella 85: presenza, nell'ambulatorio, di un sollevatore

Presenza, nell'ambulatorio, di un sollevatore	Numero di strutture	%
Si	1	5 %
No	19	95 %
Totale	20	100

La **presenza di almeno due operatori** disponibili ad aiutare la paziente nelle fasi preparatorie dell'esame è garantita nel 65% dei casi considerati (tabella 86).

Tabella 86: presenza di almeno due operatori (infermieri/ausiliari) disponibili ad aiutare la paziente

Presenza di almeno due operatori (infermieri/ausiliari) disponibili ad aiutare la paziente	Numero di strutture	%
Si	13	65 %
No	7	35 %
Totale	20	100

Ultimo dato, un po' sconcertante, solo in due ambulatori su 20, i **medici** che effettuano la colposcopia

hanno ricevuto una **formazione sulle diverse disabilità** (motoria, sensoriale ed intellettiva). Si veda, a tal proposito, la tabella 87.

Tabella 87: i medici che svolgono la visita hanno ricevuto una formazione sulle diverse disabilità?

I medici che svolgono la visita hanno ricevuto una formazione sulle diverse disabilità?	Numero di strutture	%
Si	2	10 %
No	17	85 %
Non risponde	1	5 %
Totale	20	100

L'ecografia mammaria

L'ecografia mammaria è il penultimo esame considerato nella nostra indagine. Esso è effettuato solo in 8 (13.11 %) delle 61 strutture del nostro campione. Anche per questo esame sono stati individuati indicatori simili a quelli utilizzati per gli esami precedenti.

Il primo riguarda l'**accessibilità del percorso** per raggiungere l'ambulatorio nel quale sono effettuate le ecografie mammarie (tabella 88).

Tabella 88: presenza di ostacoli lungo il percorso per raggiungere l'ambulatorio in cui si svolge l'ecografia mammaria

Presenza di ostacoli lungo il percorso per raggiungere l'ambulatorio in cui si svolge l'ecografia mammaria	Numero di strutture	%
Si	1	12.50 %
No	7	87.50 %
Totale	8	100

Il secondo indicatore concerne l'**accessibilità dell'ambulatorio** a persone che si spostano in sedia a rotelle (tabella 89)

Tabella 89: lo spazio e l'accesso dell'ambiente in cui si svolge l'ecografia mammaria sono adeguati a muoversi in sedia a rotelle?

Lo spazio e l'accesso dell'ambiente in cui si svolge l'ecografia mammaria sono adeguati a muoversi in sedia a rotelle?	Numero di strutture	%
Si	7	87.50 %
Non risponde	1	12.50 %
Totale	8	100

In merito alla presenza di uno **spogliatoio accessibile**, si vedano i dati esposti nella tabella 90.

Tabella 90: presenza di uno spogliatoio sufficientemente ampio da consentire il movimento di una persona in sedia a rotelle e di un eventuale accompagnatore

Presenza di uno spogliatoio accessibile	Numero di strutture	%
Si	5	62.50 %
No	3	37.50 %
Totale	8	100

Alle 5 strutture che hanno dichiarato di essere dotate di uno spogliatoio accessibile è stato chiesto se esso fosse realizzato in modo tale da garantire la **riservatezza** della paziente durante la preparazione alla visita. Tale requisito è soddisfatto in 3 casi su 5 (tabella 91).

Tabella 91: lo spogliatoio garantisce la riservatezza della paziente nella fase preparatoria alla visita?

Lo spogliatoio garantisce la riservatezza della paziente nella fase preparatoria alla visita?	Numero di strutture	%
Si	3	60 %
No	2	40 %
Totale	5	100

In merito all'accessibilità strumentale, è stato verificato se il **lettino** dell'ambulatorio fosse **regolabile in altezza**. La tabella 92 mostra che solo 2 strutture rispettano questo requisito di accessibilità.

Tabella 92: presenza, nell'ambulatorio, di un lettino regolabile in altezza

Presenza, nell'ambulatorio, di un lettino regolabile in altezza	Numero di strutture	%
Si	2	25 %
No	6	75 %
Totale	8	100

La presenza di un **sollevatore** nell'ambulatorio è rilevata nell'Ospedale G.B. Grassi di Roma e nell'Ospedale San Giovanni Evangelista di Tivoli. Tale strumentazione è assente in tutti gli altri casi (tabella 93).

Tabella 93: presenza, nell'ambulatorio, di un sollevatore

Presenza, nell'ambulatorio, di un sollevatore	Numero di strutture	%
Si	2	25 %
No	6	75 %
Totale	8	100

Viceversa, la presenza di almeno **due operatori** (infermieri/ausiliari) disponibili ad aiutare la paziente qualora ce ne fosse bisogno, è un requisito soddisfatto in 6 casi su 8 (tabella 94).

Tabella 94: presenza di almeno due operatori (infermieri/ausiliari) disponibili ad aiutare la paziente

Presenza di almeno due operatori (infermieri/ausiliari) disponibili ad aiutare la paziente	Numero di strutture	%
Si	6	75 %
No	2	25 %
Totale	8	100

Dalla tabella 95 si rileva che nessuno dei **medici** che svolgono le ecografie mammarie ha ricevuto una **formazione sulle diverse disabilità** (motoria, sensoriale ed intellettiva). Un dato che conferma una generale disattenzione per uno degli aspetti più significativi dell'accessibilità.

Tabella 95: i medici che svolgono la visita hanno ricevuto una formazione sulle diverse disabilità?

I medici che svolgono la visita hanno ricevuto una formazione sulle diverse disabilità?	Numero di strutture	%
No	7	%
Non risponde	1	%
Totale	8	100

L'isteroscopia

L'ultimo esame ginecologico preso in considerazione nella nostra indagine, l'isteroscopia, è praticato in 12 (19.67 %) strutture delle 61 che compongono il campione. Procediamo all'esposizione dei dati rilevati.

In 2 strutture su 12 è rilevata la presenza di **ostacoli lungo il percorso** per raggiungere l'ambulatorio in cui si svolge l'isteroscopia (tabella 96).

Tabella 96: presenza di ostacoli lungo il percorso per raggiungere l'ambulatorio in cui si svolge l'isteroscopia

Presenza di ostacoli lungo il percorso per raggiungere l'ambulatorio in cui si svolge l'isteroscopia	Numero di strutture	%
Si	2	16.67 %
No	9	75 %
Non risponde	1	8.33 %
Totale	12	100

I dati della tabella 97 mostrano come nell'83.33 % degli ambulatori siano soddisfatti il requisiti di **accessibilità ambientale** per chi si sposta in sedia a rotelle.

Tabella 97: lo spazio e l'accesso dell'ambiente in cui si svolge l'isteroscopia sono adeguati a muoversi in sedia a rotelle?

Lo spazio e l'accesso dell'ambiente in cui si svolge l'isteroscopia sono adeguati a muoversi in sedia a rotelle?	Numero di strutture	%
Si	10	83.33 %
No	2	16.67 %
Totale	12	100

Il 75 % delle strutture in cui si svolge l'isteroscopia è dotata di uno **spogliatoio accessibile** (tabella 98).

Tabella 98: presenza di uno spogliatoio sufficientemente ampio da consentire il movimento di una persona in sedia a rotelle e di un eventuale accompagnatore

Presenza di uno spogliatoio accessibile	Numero di strutture	%
Si	9	75 %
No	3	25 %
Totale	12	100

Tuttavia uno dei 9 spogliatoi individuati non garantisce la **riservatezza** della paziente nella fase preparatoria alla visita (tabella 99).

Tabella 99: lo spogliatoio garantisce la riservatezza della paziente nella fase preparatoria alla visita?

Lo spogliatoio garantisce la riservatezza della paziente nella fase preparatoria alla visita?	Numero di strutture	%
Si	8	88.89 %
No	1	11.11 %
Totale	9	100

In 10 ambulatori su 12 il **lettino** utilizzato per la visita è **regolabile in altezza** (tabella 100).

Tabella 100: presenza, nell'ambulatorio, di un lettino regolabile in altezza

Presenza, nell'ambulatorio, di un lettino regolabile in altezza	Numero di strutture	%
Si	10	83.33 %
No	1	8.33 %

Non risponde	1	8.33 %
Totale	12	99.99

Il **sollevatore** risulta presente solo presso l'Ospedale Santo Spirito e presso l'Ospedale San Giovanni Evangelista di Tivoli (tabella 101).

Tabella 101: presenza, nell'ambulatorio, di un sollevatore

Presenza, nell'ambulatorio, di un sollevatore	Numero di strutture	%
Si	2	16.67 %
No	10	83.33 %
Totale	12	100

In merito alla presenza di **almeno due operatori** (infermieri/ausiliari) disponibili ad aiutare la paziente in caso di bisogno, è possibile osservare che questo requisito è soddisfatto nel 75 % dei casi (tabella 102).

Tabella 102: presenza di almeno due operatori (infermieri/ausiliari) disponibili ad aiutare la paziente

Presenza di almeno due operatori (infermieri/ausiliari) disponibili ad aiutare la paziente	Numero di strutture	%
Si	9	75 %
No	3	25 %
Totale	12	100

Infine, come riportato nella tabella 103, nessuno dei **medici** che svolgono l'isteroscopia ha ricevuto una **formazione sulle diverse disabilità** (motoria, sensoriale ed intellettiva).

Tabella 103: i medici che svolgono la visita hanno ricevuto una formazione sulle diverse disabilità?

I medici che svolgono la visita hanno ricevuto una formazione sulle diverse disabilità?	Numero di strutture	%
No	11	91.67 %
Non risponde	1	8.33 %
Totale	12	100

Conclusioni

Dopo aver elaborato ed esposto i dati raccolti, proponiamo alcune osservazioni conclusive. Prima però ricordiamo che i dati in questione sono stati prodotti dagli/dalle operatori/trici degli enti e delle strutture sanitarie coinvolte nella ricerca, dunque da **soggetti non formati in tema accessibilità e di progettazione universale** (*Universal Design*), il paradigma al quale abbiamo scelto di far riferimento. Questo non è un elemento da trascurare perché se da un lato possiamo presumere, ad esempio, che le persone comuni percepiscano come barriera la presenza di un gradino o di una porta stretta, dall'altro è abbastanza improbabile che considerino in tal modo anche, sempre ad esempio, la mancanza di segnalazioni e accorgimenti utili alle persone con disabilità sensoriali, oppure la presenza, lungo un corridoio, di elementi sporgenti dalle pareti e non protetti (quali, molto spesso, le attrezzature antincendio). Questa precisazione è doverosa per dare a ciascuno/a la possibilità di considerare che alcune valutazioni in merito all'accessibilità ambientale potrebbero essere state approssimate per eccesso o per difetto. Ma non solo. Proprio considerando che il questionario avrebbe dovuto essere compilato da soggetti non formati, nella costruzione dello stesso abbiamo volutamente utilizzato un linguaggio molto semplificato, e, in relazione a ciascun aspetto considerato, abbiamo focalizzato le domande sui soli elementi essenziali, quelli che potevano essere rilevati anche in assenza di specifiche competenze in materia di accessibilità. Questa scelta è stata compiuta al fine di **massimizzare l'attendibilità delle risposte**. Se, infatti, è verosimile ritenere, che anche un/a operatore/trice non formato/a possa rilevare se il lettino utilizzato per le visite ostetrico-ginecologiche sia regolabile in altezza oppure no; è invece inverosimile ipotizzare che l'operatore/trice in questione avrebbe potuto rispondere con precisione sui meccanismi di funzionamento del lettino ginecologico indagando, ad esempio, se esso fosse effettivamente funzionante oppure se, pur essendo predisposto per essere regolabile in l'altezza, risultasse di fatto inutilizzabile per non essere stato sottoposto ad una regolare manutenzione.

Fatte queste doverose premesse, la prima osservazione riguarda **i tempi di apertura al pubblico** dei servizi ostetrico-ginecologici. Tanto minore è il tempo di apertura del servizio, tanto maggiore potrebbe essere la difficoltà di accesso per l'utente. Il fatto che, soprattutto in alcuni paesi, si registri un numero di ore settimanali di apertura dei servizi molto basso (qualche esempio: Marina di Pisa 2 ore, Nulvi 4, Bono 5, Formello e Pisa (CEP) 6, Anguillara 8, ecc.), e che ci sia una generale propensione ad erogare i servizi al mattino (ben 17 strutture – 27.87 % – non erogano i servizi al pomeriggio, a fronte di un'unica struttura che non eroga i servizi al mattino), è rilevante sotto il profilo della **conciliazione dei tempi di vita con quelli lavorativi**. E' abbastanza ovvio infatti che tempi di servizio ridotti e fasce orarie tassative, potrebbero comportare per la donna con disabilità lavoratrice (e per l'eventuale persona che l'accompagna, qualora non fosse autonoma negli spostamenti) la necessità di dover prendere dei permessi lavorativi per recarsi alle visite. Sotto questo profilo va evidenziato che ad un quesito riguardo alla possibilità di concordare la data dell'appuntamento degli esami/visite, il 91.80 % del campione ha risposto affermativamente, ma questa possibilità è circoscritta nell'ambito dei giorni e degli orari di apertura del servizio.

Un'altra osservazione riguarda la presenza, nelle strutture considerate, di un **centro unico prenotazioni** (CUP). Il CUP è a tutti gli effetti un indicatore di accessibilità, infatti la sua assenza scarica sull'utenza l'onere di trovare i riferimenti dei diversi uffici preposti a ricevere le prenotazioni delle differenti visite. Nel nostro campione solo il 42.62 % (una minoranza) degli enti coinvolti dichiara di averne uno. Questa minoranza si riduce ulteriormente se si considera che l'11.54 % delle sedi dei CUP presenta barriere architettoniche e/o percettivo-sensoriali.

In merito alla **modalità per effettuare le prenotazioni** delle visite, osserviamo che la quasi totalità del campione (il 98.36 %) predilige la prenotazione telefonica e quella effettuata recandosi personalmente presso la struttura, mentre solo 4 strutture accettano prenotazioni tramite posta elettronica, e solo 3 via internet. Questo significa che le potenzialità inclusive degli ausili tecnologici sono ancora largamente sottoutilizzate.

La disomogeneità delle risposte ottenute riguardo all'**attesa media attuale delle visite** rende complessa la valutazione dei dati relativi a questo aspetto. Tuttavia, dover aspettare 180 giorni (Chioggia), o 120 (Vignola), o 90 (Cavarzere), per effettuare una visita, sembra davvero eccessivo anche nel caso in cui la visita non sia urgente. Ma, per fortuna, almeno nel nostro campione, questi casi possono essere considerati eccezioni.

Per coloro che promuovono un **approccio sistemico dell'accessibilità** - ossia un modo di guardare all'accessibilità che non si limita a considerare i singoli ambienti o servizi, ma colloca gli stessi all'interno di un sistema complesso, di ambienti e servizi, coordinato e funzionante -, la **presenza di una reception** è un elemento molto significativo. Nel nostro campione essa è presente in 32 strutture (52.46 %), ma in 7 casi è stata rilevata la presenza di ostacoli lungo il percorso per raggiungerla e, in altrettanti, non c'è la possibilità di avvicinarsi agevolmente al banco informazioni con la sedia a rotelle. Questo significa che molte persone (disabili e non), recandosi presso la struttura sanitaria, non troveranno un punto di riferimento a cui rivolgersi per avere informazioni, e che alcune di queste persone (disabili), anche nel caso in cui questo punto sia presente, o non potranno raggiungerlo per la presenza di ostacoli esterni, o non potranno avvicinarsi agevolmente al banco informazioni. A ciò si deve aggiungere che le strutture che dispongono di **operatori formati al contatto col pubblico** sono circa il 65 % di quelle che hanno una reception, mentre non arrivano al 22 % le strutture dotate di **operatori preparati a comunicare con persone con disabilità** sensoriali e con disabilità cognitive lievi. Eppure, far sentire le persone accolte e benaccette dovrebbe essere un requisito imprescindibile per un ambiente ed un servizio finalizzati alla cura ed al benessere psicofisico degli esseri umani.

In merito alle modalità attraverso le quali è possibile **reperire le informazioni** sui servizi ostetrico-ginecologici è possibile notare che solo 6 strutture danno informazioni tramite e-mail, solo 37 attraverso il sito internet della struttura, solo una utilizza formati e supporti differenziati (file audio, file digitali, testi in Braille, illustrazioni o filmati in lingua dei segni, testi semplificati, ecc.), prevalgono il contatto telefonico (57 strutture), ed il recarsi personalmente presso la sede in cui sono erogati i servizi (56 strutture). Anche in questo caso, come già osservato in precedenza in relazione alle modalità per effettuare le prenotazioni delle visite, le potenzialità delle nuove tecnologie sono ancora

sottoutilizzate. Va inoltre evidenziato che la mancanza di differenziazione dei supporti informativi penalizza maggiormente le persone con disabilità sensoriali, intellettive e quelle con tetraplegie.

Quasi tutte le strutture (59 su 61) dispongono di una **sala d'attesa** ma, di queste, 16 denunciano ostacoli lungo il percorso per raggiungerla, e 9 affermano che essa, pur essendo presente, non è dotata di un'ampiezza tale da consentire ad una persona in sedia a rotelle di accedere e accomodarsi agevolmente. In merito alle **modalità di chiamata** attraverso le quali le pazienti in attesa di visita sono avvisate del proprio turno, notiamo che nella quasi totalità dei casi (96.72 %) esse sono avvisate da un/a operatore/trice. Solo una struttura utilizza un dispositivo di chiamata vocale (che risulta inaccessibile o difficoltoso alle persone con problemi di udito). Mentre non risultano utilizzati i display visivi (inaccessibili alle persone cieche e difficoltosi per quelle ipovedenti). Sotto il profilo della riservatezza sarebbe stato interessante sondare anche come le pazienti vengono avvisate: infatti alcune strutture effettuano l'avviso facendo riferimento al numero di prenotazione, mentre altre utilizzano i nominativi delle persone, la qualcosa pone problemi di *privacy*. Tuttavia tale aspetto non è stato sondato.

Fa una certa impressione scoprire che 26 strutture (il 42.62 % del nostro campione) non dispongono di un **bagno accessibile** alle persone con disabilità.

Sempre nell'intento di promuovere un approccio sistemico all'accessibilità, abbiamo rilevato alcune informazioni inerenti i **servizi di collegamento** con la sede in cui sono erogati i servizi stessi. Sono 44 le strutture che hanno confermato la presenza di almeno un **parcheggio riservato** alle persone con disabilità in prossimità della sede in cui sono erogati i servizi ostetrico-ginecologici, ed esso dista in media 30.76 metri dall'ingresso della sede considerata. Altri aspetti che avrebbero potuto essere rilevati riguardano la presenza di un percorso protetto dal parcheggio all'ingresso della struttura, ma i vincoli ai quali abbiamo accennato nella parte iniziale di questo paragrafo hanno scoraggiato questo ulteriore approfondimento. Sempre in relazione ai servizi di collegamento segnaliamo un altro dato impressionante: il 63.93 % delle sedi in questione o non è servita da **mezzi di trasporto pubblici**, o è servita da mezzi di trasporto pubblici inaccessibili alle persone con disabilità. 20 strutture (il 32.79 % del campione) segnalano, tra i servizi di collegamento disponibili, la presenza di un servizio taxi e uno di *door to door* accessibili alle persone con disabilità. Mentre sono 35 (57.38 %) le strutture che confermano la possibilità per l'utenza di attivare un **servizio di trasporto in ambulanza** da casa. Tuttavia quest'ultimo dato non mitiga la **valutazione complessivamente negativa sui servizi di collegamento**, soprattutto se si considera che la maggior parte delle persone con disabilità non ricorre all'uso dell'ambulanza per i propri spostamenti. Si evidenzia inoltre il significativo numero di mancate risposte (in alcuni casi si arriva al 26 %): molti degli operatori sanitari coinvolti nell'indagine hanno manifestato di non conoscere questo tipo di informazione. Questo mostra come l'approccio sistemico sia ancora scarsamente utilizzato sia a livello di progettazione e organizzazione dei servizi, sia ad un livello di informazione sui servizi stessi.

Ora ci occuperemo dei dati relativi ai **singoli servizi ostetrico-ginecologici**. Ricordiamo, a tal proposito, che la nostra area d'indagine è stata circoscritta al seguente gruppo di visite/esami:

visita ostetrico-ginecologica, PAP test, mammografia, ecografia pelvica, densitometria ossea, prove urodinamiche, colposcopia, ecografia mammaria e isteroscopia. Va anche segnalato che alcune strutture svolgono certi esami e non altri: la visita ostetrico-ginecologica è svolta in 60 strutture, il PAP test in 59, la mammografia in 9, l'ecografia pelvica in 19, la densitometria ossea in 3, le prove urodinamiche in 5, la colposcopia in 20, l'ecografia mammaria in 8 e, infine, l'isteroscopia in 12. Invitiamo pertanto a tenere presente questo aspetto nella lettura delle osservazioni che seguono, anche se la prima osservazione che sorge spontanea sia quella che non si renda possibile, all'occorrenza, effettuare un unico spostamento in un'unica struttura per più esami da svolgersi nell'arco di una mattina, ad esempio.

Per ciascun esame è stata verificata la presenza di **ostacoli lungo il percorso** per raggiungere l'ambiente in cui è effettuata la visita. Per la visita ostetrico-ginecologica, per le prove urodinamiche e per la colposcopia essi risultano presenti nel 20 % delle strutture in cui si effettuano questi tipi di visite, per il PAP test nel 20.34 %, per la mammografia e la densitometria ossea non è stato segnalato alcun ostacolo, per l'ecografia pelvica nel 15.79 %, per l'ecografia mammaria nel 12.50 %, e per isteroscopia nel 16.67 %. Riguardo invece alla verifica di **adeguatezza** (in termini di spazio di manovra e di ampiezza degli accessi) degli ambulatori al **movimento di una persona** che si sposta **in sedia a rotelle** le risposte positive sono state: 71.67 % per la visita ostetrico-ginecologica, 69.49 % per il PAP test, 88.89 % per la mammografia, 73.68 % per l'ecografia pelvica, 66.67 % per la densitometria ossea, 100 % per le prove urodinamiche, 80 % per la colposcopia, 87.50 % per l'ecografia mammaria, e 83.33 % per l'isteroscopia. Nel complesso il quadro è meno disastroso di quanto ci aspettassimo, ma non dobbiamo dimenticare che stiamo parlando di servizi sanitari, e che, pertanto, anche una sola struttura inadeguata non dovrebbe essere accettabile.

Il tema della **riservatezza** è uno di quelli che richiederebbe un'indagine specifica, nel nostro caso ci siamo dovute limitare a pochi indicatori. Per la visita ostetrico-ginecologica e per il PAP test abbiamo chiesto se tali esami si svolgono in un **ambiente dedicato**. Per la prima il requisito è soddisfatto nel 86.67 % delle strutture, per il secondo nel 91.53 %. L'altro indicatore rilevato in tema di *privacy* è stato la presenza di uno **spogliatoio accessibile**, vale a dire: uno spogliatoio sufficientemente ampio da consentire il movimento di una persona in sedia a rotelle e di un eventuale accompagnatore. In merito alla visita ostetrico-ginecologica lo spogliatoio accessibile è presente nel 38.33 % dei casi, per il PAP test nel 40.68 %, per la mammografia nel 55.55 %, per l'ecografia pelvica nel 42.10 %, per le prove urodinamiche e per la colposcopia nel 60 %, per l'ecografia mammaria nel 62.50 %, per l'isteroscopia nel 75 %. Tuttavia è stato anche rilevato se tale spogliatoio, nei casi in cui era presente, fosse in grado di **garantire la riservatezza** della paziente nella fase preparatoria alla visita. Le risposte positive sono state: 91.30 % per la visita ostetrico-ginecologica, 87.50 % per il PAP test, 100 % per la mammografia e per le prove urodinamiche, 62.50 % per l'ecografia pelvica, 83.33 % per la colposcopia, 60 % per l'ecografia mammaria e 88.89 % per l'isteroscopia. Insomma, non sempre è possibile trovare uno spogliatoio accessibile, e anche nei casi in cui è presente, non è scontato che esso garantisca la riservatezza.

Per le pazienti con disabilità motoria che si spostano in sedia a rotelle è particolarmente importante che negli ambulatori siano soddisfatti questi tre requisiti: la presenza di un **lettino ginecologico regolabile in altezza**, la presenza di un **sollevatore**, e la presenza di almeno **due operatori** (infermieri/ausiliari) disponibili ad aiutare la paziente in caso di bisogno. Prima di fare le nostre osservazioni trascriviamo di seguito i dati rilevati.

In merito alla presenza di un **lettino** regolabile in altezza, le risposte positive sono state: 28.33 % per la visita ostetrico-ginecologica, 20.34 % per il PAP test, 52.63 % per l'ecografia pelvica, 60 % per le prove urodinamiche, 50 % per la colposcopia, 25 % per l'ecografia mammaria, e 83.33 % per l'isteroscopia.

In merito alla presenza di un **sollevatore**, le risposte positive sono state: 1.67 % per la visita ostetrico-ginecologica, 1.69 % per il PAP test, 10.53 % per l'ecografia pelvica, 20 % per le prove urodinamiche, 5 % per la colposcopia, 25 % per l'ecografia mammaria, e 16.67 % per l'isteroscopia.

In merito alla presenza di almeno **due operatori**, le risposte positive sono state: 56.67 % per la visita ostetrico-ginecologica, 52.54 % per il PAP test, 36.84 % per l'ecografia pelvica, 80 % per le prove urodinamiche, 65 % per la colposcopia, e, infine 75 % sia per l'ecografia mammaria, sia per l'isteroscopia.

Questi dati descrivono un **quadro molto problematico** sotto diversi punti di vista. Iniziamo con l'evidenziare che solo la presenza simultanea di tutti questi requisiti può garantire alla paziente in sedia a rotelle l'effettiva possibilità di scegliere personalmente quale sia la modalità di movimentazione più adatta alle proprie caratteristiche. Il fatto che il sollevatore sia quasi sempre assente comporta che ci si debba orientare più frequentemente su uno spostamento della paziente dalla sedia a rotelle al lettino ginecologico (e viceversa) effettuato manualmente dagli operatori: non essendoci alternative non è possibile fare valutazioni circa il fatto che questa modalità operativa sia o meno la più adatta alla paziente in questione, né che sia la più gradita dalla stessa. In merito al sollevatore è necessario considerare che esso, come molti altri ausili, per rimanere funzionante deve essere sottoposto a manutenzione, pertanto non è detto che i, sia pur pochi, sollevatori presenti nelle strutture siano anche funzionanti; così come non è scontato che il personale dell'ambulatorio li sappia utilizzare, né che l'imbragatura di cui sono dotati sia adatta a tutte le diverse donne con disabilità. Riguardo poi ai due operatori che dovrebbero effettuare le manovre di movimentazione, va sottolineato che questi operatori dovrebbero essere formati a svolgere tale mansione, e questo requisito non è affatto garantito: in alcune strutture queste manovre vengono svolte dai medici presenti nell'ambulatorio, medici che - come vedremo più avanti -, salvo poche eccezioni, non hanno ricevuto alcuna formazione sulle diverse disabilità. Il fatto che in alcuni casi le manovre di movimentazione siano attuate da personale non appositamente formato, solleva non pochi interrogativi in merito alla sicurezza della paziente. Ma il vero problema è che molto spesso nessuno dei tre requisiti considerati è soddisfatto. In via informale, fuori dalla traccia delineata dal questionario, abbiamo cercato di capire come si comportano le strutture in tali casi. Spesso ci si aspetta che sia la persona che accompagna la paziente ad effettuare le manovre di spostamento (ammesso e non concesso che l'accompagnatore/trice sia in grado di farlo). Oppure, in altri casi, si allestisce un unico ambulatorio accessibile e si cerca di far

eseguire tutti gli esami del caso in quell'unico ambulatorio. In altri casi ancora si ricorre a soluzioni di volta in volta improvvisate. E' abbastanza evidente quanto siano gravi ed inaccettabili situazioni di questo tipo, e osserviamo come molte delle difficoltà denunciate nelle testimonianze delle donne con disabilità con cui siamo in contatto riguardino proprio la **generale impreparazione delle strutture sanitarie nel gestire le manovre di spostamento della paziente** dalla sedia a rotelle al lettino ginecologico e viceversa.

Riguardo alla mammografia, in luogo dei tre indicatori sopraindicati, è stata rilevata la presenza di un **mammografo** in grado di scendere verso il basso sino al livello di una donna seduta in sedia a rotelle. Tale requisito è soddisfatto nel 77.77 % delle strutture che effettuano questo tipo d'esame. Riguardo alla **densitometria ossea** è stato chiesto se l'apparecchio utilizzato per effettuare questo esame consente di operare su persone sedute o allettate: questa condizione è soddisfatta solo in una delle 3 strutture (33.33 %) che effettuano questo esame.

L'ultimo indicatore sul quale vogliamo focalizzare l'attenzione riguarda la possibilità, per le donne disabili, di trovare negli ambulatori **medici formati sulle diverse disabilità** (motoria, sensoriale ed intellettuale): solo in 4 strutture delle 60 che erogano visite ostetrico-ginecologiche i medici hanno ricevuto questa formazione; e ancora: solo in 3 delle 59 strutture che erogano PAP test; solo in 2 delle 20 strutture in cui si svolgono colposcopie; solo in una struttura delle 19 che eseguono ecografie pelviche, e sempre solo in una delle 5 in cui si svolgono le prove urodinamiche; in neanche una delle 9 strutture che eseguono mammografie, e delle 3 che svolgono le densitometrie ossee, e delle 8 che eseguono ecografie mammarie, e, infine, delle 12 che effettuano isteroscopie. E' opportuno sottolineare come la formazione dei medici in tema di disabilità sia un requisito imprescindibile per l'erogazione di servizi sanitari di qualità. Che questo aspetto fondamentale della qualità dei servizi, nella quasi totalità dei casi, sia lasciato all'improvvisazione o alla buona volontà dei singoli, esprime, ancor meglio di altri indicatori, quale sia la misura della discriminazione subita dalle donne con disabilità nell'accedere ai servizi sanitari.

Un ambiente sanitario accessibile

di Piera Nobili

Architetta, presidente del Centro Europeo di Ricerca e Promozione dell'Accessibilità (CERPA) Italia Onlus – Trento.

Alcuni anni fa in occasione di una comunicazione che tenni nell'ambito di un convegno sulla relazione fra disabilità ed ambiente, dovendo intervenire in particolare sul concetto della intersezionalità, decisi di parlare usando solo pronomi e nomi femminili. Dopo alcuni minuti un uomo seduto in sala prese parola e cortesemente protestò perché mi stavo rivolgendo solo al pubblico femminile escludendo la parte maschile. Era quello che volevo e lo ringraziai, perché sicuramente non era l'unico ad averlo pensato, ma l'unico ad averlo evidenziato.

Da lì presi spunto per avviare una riflessione sulle discriminazioni e su ciò che le sostiene, utilizzando quanto era avvenuto. Ogni struttura linguistica e i singoli lemmi che la compongono, sottendono sempre un non detto che rimanda a qualcos'altro. E questo qualcos'altro è rappresentato dal simbolo che lo mette in scena senza dichiararlo, per cui **parlare al maschile** (nominarlo) come solitamente avviene, non significa essere neutri e contenere anche l'altro/a diversi/e, **significa**, invece, **dare preminenza e riconoscere solo il maschile**.

Esistono nella nostra cultura (così come in altre) paradigmi che definiscono i **rapporti di potere** come, per quello che qui interessa, quello dei normodotati nei confronti delle persone con disabilità. Tali paradigmi tendono a negare ogni individualità e soggettività, rappresentandoli solo come entità indistinta e collettiva, in tal modo attivando un processo di cancellazione dell'altro reale che viene sostituito da stereotipi, verso i quali è possibile operare processi di marginalizzazione. Anche all'interno della stessa entità collettiva e marginalizzata avviene un'analogha operazione: la persona con disabilità è rappresentata dal maschio adulto e la disabilità è appiattita su quella fisica; basta guardarsi semplicemente attorno e vedere i simboli grafici utilizzati che cancellano giovani, anziani/e, donne e le molte e diverse disabilità.

Questo per dire che una **donna con disabilità** sconta le ricadute almeno di una **doppia differenza** culturalmente e politicamente non accolta nella società: da un lato quella di genere, dall'altro quella definita dallo stato di salute; quest'ultima si scontra e fa i conti con il disablism, entrambe con la discriminazione multipla, creando una disparità sociale in termini sia di opportunità alla vita indipendente e alla conquista di autonomia, che di riconoscimento di sé in quanto soggetto di diritti e soggetto politico.

Con disablism (tradotto in **disablismo**) si intende un comportamento discriminatorio, oppressivo o di abuso che origina dal convincimento che le persone disabili siano inferiori agli altri, in quanto "mancanti" di una qualche abilità misurabile. In tal caso si tratta di una discriminazione intenzionale, ma non sempre è così, in taluni casi si tratta di un disablismo non intenzionale, ossia del comportamento

di chi sostiene valori egualitari e si considera libero da pregiudizi, ma di fatto discrimina in modi sottili. Comportamento alle volte presente anche nelle persone affettivamente più vicine (genitori, parenti, amici), che possono indirettamente portare a restringere le attività di una persona con disabilità per eccesso di protezione o per insicurezza sulle sue effettive capacità.

Accostando al fattore disabilità quello di genere parliamo di **discriminazione multipla**, come è stata definita dal rapporto della Commissione Europea nel 2007, che dice che la discriminazione non sempre è riferibile ad un'unica dimensione, bensì agiscono due o più fattori concomitanti. La letteratura scientifica ha ulteriormente distinto la discriminazione multipla, dando luogo a diverse definizioni: la discriminazione addittiva che risulta da più fattori disgiunti fra loro; la discriminazione amplificatrice dove i fattori discriminanti agiscono per sommatoria; la discriminazione intersezionale, i fattori discriminanti, in questo caso, non sono separabili perché fra loro interagenti.

La **discriminazione interiezionale** è ciò che qui interessa maggiormente, in quanto rappresenta la condizione in cui più spesso le donne con disabilità si confrontano nel quotidiano. Una donna con disabilità, in quanto donna e in quanto disabile, proprio nell'intersezione fra queste due categorie discrete, vede negati molto spesso i propri diritti. Ad esempio, il diritto alla salute e alla prevenzione trova ostacoli ambientali barrieranti sotto diversi profili: luoghi ed attrezzature inaccessibili, personale non preparato ed alle volte indifferente alla persona che si trovano di fronte, organizzazione dei tempi di visita o di terapia non coniugati con i tempi di vita o semplicemente di spostamento troppo spesso dipendente da altri (parenti, amici, servizi).

Un esercizio a cui spesso mi sottopongo è quello di provare a fare "come se fossi ...", attingendo da un lato alle mie personali esperienze di donna, e dall'altro a quanto ho imparato confrontandomi con donne con disabilità.

Conosco il disagio, a volte l'umiliazione ed altre la rabbia che il **corpo medicalizzato e parcellizzato** (dietro cui io donna scompaio) mi ha fatto vivere, comprendo le difficoltà incontrate da molte donne con disabilità nel fruire dei servizi sanitari in genere ed in particolare di quelli di ginecologia ed ostetricia.

Per superare queste difficoltà è necessario che il personale sia formato all'incontro ed alla relazione con le proprie pazienti, e che l'ambiente costruito possieda quell'insieme di prestazioni volte a favorire l'usabilità di ogni sua componente e il benessere psico-fisico di coloro che lo vivono.

All'ambiente non è richiesto di essere un neutro contenitore che preservi noi esseri umani, ma un sistema (sempre più complesso) che funzioni e mostri in modo trasparente il suo funzionamento, dal punto di vista sia dell'accessibilità ed usabilità, che della riconoscibilità (orientamento-comunicazione) e piacevolezza.

Per favorire la riconoscibilità e al contempo rendere piacevoli i luoghi che compongono le strutture sanitarie è indispensabile che lo stesso edificio sia di semplice ed immediata interpretazione, ma senza che questo diventi monotono e ripetitivo al punto da essere disorientante per mancanza di

figuratività e leggibilità spaziale.

L'attribuzione di identità e struttura agli elementi che definiscono lo spazio costruito è un'esigenza vitale per coloro che esperiscono quello spazio, in quanto il movimento intenzionale comporta una elaborata memorizzazione di particolari e sequenze a cui assegriamo il nome di orientamento: muoversi non è un'attività semplice, richiede di poter elaborare concetti di posizione, direzione e raggiungimento di un punto d'arrivo, conosciuto il punto di partenza.

Non a caso i primi e fondamentali "ausili" alla mobilità intenzionale (orientamento) sono gli stessi elementi costituenti lo spazio costruito che, dando informazioni ambientali discrete, fungono da punti di riferimento divenendo supporti all'organizzazione dell'ambiente. Questi sono letti attraverso il corpo in movimento, corpo che in contemporanea usa, oltre alla propria postura, anche tutti i sensi a disposizione per stabilire la propria posizione nello spazio.

Quest'attività connessa al riconoscimento degli elementi costituenti lo spazio, degli oggetti ed arredi contenuti e distribuiti nello spazio medesimo, è facilitata se vengono impiegati contrasti di colore fra elementi orizzontali e verticali, fra arredo e sfondo della parete, fra perimetro dell'oggetto e superficie inclusa (facilitano la percezione), se viene impiegata la luce sia naturale che artificiale in modo significativo, se viene impiegata alternanza di superfici ruvide e lisce, dure e morbide (agevolano il riconoscimento), se vengono impiegate variazioni di temperatura (identificano la posizione lungo il percorso), se vengono impiegati suoni costanti, quale un piccolo zampillo d'acqua (agevolano l'orientamento), se vengono impiegati odori gradevoli, emanati naturalmente mediante fiori ed essenze o artificialmente tramite diffusori elettrici o con fonti di calore (discriminano l'ambiente). Dovendo rispondere alle diverse modalità percettive, comunicative ed intellettive di noi viventi lo spazio deve farsi *multisensoriale*.

Provando ad addentrarci negli spazi di un ipotetico luogo di cura, a queste prime indicazioni generali se ne affiancano altre più di dettaglio che, per facilità di descrizione, nominerò e descriverò separatamente.

Raggiungibilità - I servizi sanitari devono essere facilmente raggiungibili sia con mezzi privati che con mezzi pubblici. La fermata dei mezzi pubblici deve trovarsi nelle immediate vicinanze dell'ingresso alla struttura, sia in andata che in ritorno, deve essergli dedicata una piazzola d'attesa protetta dagli agenti atmosferici, ben illuminata anche nelle ore notturne e facilmente fruibile da persone con disabilità fisiche, sensoriali e psicologico cognitive. Deve, inoltre, essere fornita di colonna informativa informatizzata che illustri orari, tempi d'attesa, mezzo pubblico in arrivo e sua destinazione, ecc. utilizzando tutti i diversi sistemi comunicativi: scritto, braille, vocale, plurilingue. I mezzi pubblici (bus, metrò, navette di superficie, ecc.) devono essere accessibili ed usabili, dotati di indicatori di percorso sia scritti che vocali.

Sempre nelle immediate vicinanze dell'ingresso deve essere inserita una colonnina di chiamata diretta ai mezzi di piazza. Anche questa deve essere collocata in una piazzola adeguata alla sosta del mezzo ed attrezzata con una pensilina con posti a sedere, essere ben illuminata e facilmente

utilizzabile da persone con disabilità fisiche, sensoriali e psicologico cognitive.

Parcheggi - I parcheggi dedicati alle persone con disabilità devono essere localizzati nelle immediate vicinanze dell'ingresso o ingressi alla struttura, essere riparati dalle intemperie (nel rispetto del diverso tempo occorrente alla salita/discesa dal mezzo) e collegati mediante un percorso coperto e segnalato all'ingresso/i del servizio.

L'intero parcheggio, soprattutto se ampio, nonché i percorsi dovranno essere muniti di sistemi di orientamento verso l'ingresso o gli ingressi cercati, mediante l'impiego di strutture visive (colori, pittogrammi, scritte, elementi direzionali), strutture tattili e tattilo plantari (braille, plastici, cambio di materiali), strutture audio (segnalatori acustici, voci direzionali) che tengano conto dell'impossibilità a leggere (bambini, afasici, stranieri), delle disabilità fisiche, sensoriali, psicologico cognitive. Tale segnaletica deve essere collocata a margine dei percorsi per non costituire ostacolo alla mobilità, fatta eccezione, ovviamente, a quella tattilo-plantare.

Ai fini della sicurezza, soprattutto delle donne (ma anche di bambini/e e persone fragili), i parcheggi dovranno non presentare recessi nascosti alla vista, essere ben illuminati in ogni loro parte durante le ore notturne ed essere provvisti di colonnine SOS con interfono, display e tastierino (per persone sorde o ipo-acusiche) per chiamate d'emergenza.

Accesso - Un aspetto importante dell'accesso alle prestazioni sanitarie è quello connesso al tempo. Molte donne con disabilità dipendono per gli spostamenti da altre persone, o gli orari di visita-esami spesso si sovrappongono con quello delle terapie in corso. Gli orari d'apertura dei servizi deve essere programmato anche in funzione delle esigenze espresse dalle fruitrici e dai loro care-givers. L'apertura di questi servizi con orario prolungato (esempio, pausa pranzo), o pomeridiano/serale può consentire un più facile utilizzo.

L'impiego di sistemi telematici di prenotazione, pagamento e ritiro referti rende più rapido e facile l'accesso sia alle richiedenti che ai medici di base o specialisti che potrebbero, direttamente con la compilazione dell'impegnativa, fissare gli appuntamenti necessari. Anche l'acquisto di farmaci può essere facilitato dalle tecnologie informatiche, sempre più sono gli esempi che si stanno diffondendo in tal senso.

Ingresso – Nel caso di strutture complesse gli ingressi saranno distinti e separati per funzioni, ad esempio, quello pubblico da quello del personale. Il loro raggiungimento deve essere assicurato da segnaletica specifica lungo percorsi chiaramente individuabili. L'ingresso pubblico deve essere riconoscibile, essere ben illuminato durante le ore serali e notturne, deve non presentare dislivelli con il percorso d'arrivo e, se esistenti, superabili mediante gradini affiancati a rampe da percorrere autonomamente e/o sistemi elettro-meccanici di sollevamento.

La bussola d'ingresso (utile per l'isolamento all'aria) deve essere dimensionata per l'attesa di più persone e di una persona su sedia a ruote più un accompagnatore, nell'arco di tempo fra la chiusura della prima porta e l'apertura della seconda. Nel caso d'impiego di porte ad anta battente ad

azionamento manuale deve essere chiaramente distinguibile l'anta principale ed il verso di apertura (spingere-tirare), le maniglie di spinta e di tiro dovranno prevedere diversi punti di presa ad altezze differenti.

All'ingresso devono trovarsi punti di distribuzione di ausili alla mobilità, quali sedie a ruote o piccoli scooter elettrici per lunghe percorrenze per coloro che ne facciano richiesta.

Ricezione - Per ricezione s'intende quel luogo della struttura nel quale trovano collocazione una serie di funzioni interne di supporto all'informazione, all'accettazione, al ritiro referti, alle pratiche di prenotazione, pagamento ed amministrative. Tutte queste funzioni hanno un dato in comune, quello della relazione fra il pubblico che accede e il personale che accoglie e presta servizi complementari a quanto viene richiesto. Sono funzioni basilari a rendere più confortevole, facile ed accessibile l'ambiente nel suo complesso e il raggiungimento della prestazione sanitaria richiesta.

Per tali motivi la postazione di prima accoglienza e d'informazione deve essere collocata nelle immediate vicinanze dell'ingresso pubblico e, nel caso di più ingressi, deve essere facilmente raggiungibile tramite un percorso interno corredato di segnalazioni direzionali visive, tattili, uditive, ecc., o essere moltiplicata nel caso gli ingressi attengano a servizi diversi e siano fra loro particolarmente distanti.

Accoglienza – Di questa categoria fanno parte tutte quelle funzioni che hanno attinenza con l'attesa, il ristoro e i servizi igienici.

La zona attesa deve essere collocata in un'area dedicata e non lungo corridoi per quanto ampi o in rientranze su di essi ricavate. Qui deve essere prevista un'area libera per la sosta di persone su sedia a ruote ed essere allestita con arredi confortevoli e sicuri. Il sistema di chiamata per l'accesso al servizio richiesto in base al numero di prenotazione, dovrà essere realizzato sia tramite strutture visive che, con ampi caratteri (nero su bianco), indichino la stanza a cui accedere e il numero chiamato, sia tramite sistema vocale o altri sistemi che garantiscano l'autonomo accesso di persone ipo e non vedenti, nel rispetto della privacy.

La zona ristoro può essere costituita, in base alla dimensione della struttura che la ospita, da un vero e proprio bar, oppure da un'area con distributori automatici.

In entrambi i casi la zona ristoro sarà da collocarsi in uno spazio confortevole ad essa dedicata che consenta anche l'inserimento di tavoli e sedute.

I bagni pubblici devono essere facilmente individuabili ed essere suddivisi per maschi, femmine e bambini/e. Tutti i bagni e relativi antibagni devono essere accessibili ed usabili per persone con disabilità fisiche, sensoriali e psicologico cognitive.

I bagni dedicati ai bambini/e avranno sanitari, rubinetterie ed accessori bagno adeguati per dimensioni e prestazioni alla loro dimensione e bisogni corporei; tutti i bagni e relativi antibagni dovranno essere accessibili ed usabili anche per bambini/e con disabilità fisica, sensoriale e

psicologico cognitiva.

Nell'area dei bagni dedicati ai bambini/e sarà ricavato uno spazio adeguatamente dimensionato ed accessoriato per la cura di bambini/e al di sotto dei tre anni di età; questo spazio dovrà prevedere la mobilità e la sosta di almeno una carrozzina e di un adulto.

Attrezzature ed arredi – Le attrezzature e gli arredi fanno parte dell'ambiente e contribuiscono a restituire senso ed uso ad ogni singolo spazio.

In una struttura ospedaliera, per i luoghi sinora descritti, le attrezzature con cui possiamo entrare in contatto sono principalmente i distributori automatici: di numeri per la precedenza, di pagamento di ticket, di bevande calde o fredde, di spuntini, ecc., quasi sempre inaccessibili.

Questi devono essere facilmente individuabili ed essere collocati in uno spazio a loro destinato e lo spazio antistante ad un distributore automatico dovrà essere almeno sufficiente alla mobilità e alla permanenza di una persona su sedia a ruote con accompagnatore, tenendo al contempo presente le code nelle ore di punta dei diversi servizi.

Per essere accessibili ed usabili i distributori devono essere conformati in modo tale che permettano un agevole avvicinamento ed accostamento anche per persone che usano ausili alla mobilità, che siano raggiungibili (per altezza, dimensione e forma) i comandi necessari alla richiesta e facilmente comprensibili le scelte da effettuare (ad esempio, a quale servizio o a quale funzione accedere), e le operazioni da svolgere. I comandi dovranno essere individuabili ed identificabili per forma e colore, nonché tramite lettere a rilievo, braille e pittogrammi. Le scelte da effettuare e le conseguenti operazioni dovranno essere spiegate sia tramite testo scritto, con caratteri ampi in colore nero su bianco (eventualmente su display a scorrimento lento con scelta della lingua), in caratteri a rilievo e in braille, sia tramite voce registrata che accompagni le azioni da eseguire ed informi di eventuali inesattezze nell'esecuzione e che, ad operazione ultimata, confermi il buon fine.

I banconi (bar, informazioni, accettazione, ritiro referti, amministrazione, ecc.) devono essere ad altezza raggiungibile ed usabile da persone di bassa statura o su sedia a ruote, essere dotati di posti a sedere anche per il pubblico (persone anziane), non devono avere al di sotto tamponamenti ciechi a chiusura, a meno che non siano arretrati, per consentire l'inserimento delle gambe di una persona seduta e delle predelle delle sedie a ruote. A corredo il piano avrà una parte rialzata a supporto del pubblico che opera in piedi. Nella zona antistante al bancone dovrà essere prevista un'adeguata area dedicata alla mobilità di più persone contemporaneamente e di persone su sedia a ruote.

Analoga attenzione si deve avere per gli eventuali ripiani a muro dell'area ristoro o dell'area amministrativa; anche questi avranno due altezze differenti una per chi consuma/opera in piedi ed è alto di statura, una per chi consuma/opera seduto o è basso di statura.

I tavoli avranno dimensione tale da poter consentire l'agevole inserimento di una persona su sedia a ruote fra le zampe di sostegno; il piano non presenterà spigoli ed angoli vivi, bensì saranno arrotondati. Le sedute saranno separate dai tavoli ed avranno un buon e stabile appoggio a terra per

evitare ribaltamenti; almeno alcune saranno fornite di braccioli per agevolare il riposo, nonché le azioni di seduta e risalita da parte di persone anziane.

Passo ad aspetti di ulteriore dettaglio, nella consapevolezza che un ambiente per farsi effettivamente includente non trova nella normativa vigente tutte le indicazioni necessarie, perché non tutto è prescrivibile, in quanto il benessere ambientale (sicurezza, comfort, accessibilità, usabilità, fruibilità, riconoscibilità, piacevolezza, ecc.) ha a che fare con gli stili di vita, le abitudini e la cultura che lo produce e con le prestazioni richieste ad ogni luogo. Da questo punto di vista faccio riferimento all'ampia letteratura tecnico-scientifica sul tema del benessere ambientale, all'approccio progettuale dell'Universal Design, alla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità convertita in Legge n. 18/2009 dallo Stato italiano e alla L.67/2006 sulla discriminazione.

Come già accennavo, la cultura sanitaria, non riconoscendo identità ai pazienti né tanto meno identità sessuale, percepisce e manipola il corpo mettendo al centro l'organo investito dalla malattia, con ciò dimenticando la dimensione più intima, i bisogni e le aspettative che il soggetto incarnato porta con sé. Questo atteggiamento accade con maggiore frequenza nei confronti delle donne con disabilità. L'intersezionalità fra essere donne, essere disabili ed essere in una condizione di subalternità nei confronti di chi detiene il sapere (potere) medico facilita le situazioni di violenza fisica e psicologica, ambientale e strumentale.

Mi soffermerò sugli aspetti ambientali e strumentali, essendo quelli di mia competenza, riportando in forma schematica le prestazioni che lo spazio e le attrezzature dovrebbero possedere.

Ambulatori - Gli spazi ambulatoriali devono essere accoglienti (perché relazionarsi al di là e al di qua di una scrivania?); garantire la dovuta privacy, ossia essere isolati acusticamente verso l'esterno, avere finestre opportunamente schermate; avere una illuminazione naturale ed artificiale diffusa che non abbagli e non crei coni d'ombra; avere spazio sufficiente per consentire la mobilità interna a donne che usano ausili alla mobilità; essere dotati di ogni forma di comunicazione (Comunicazione Aumentativa e Alternativa, CAA) che sostituisca, integri ed aumenti il linguaggio verbale orale per rendere efficace e possibile la relazione; essere dotati di strumenti informatici di comunicazione per donne sorde o con ipo-acusia; essere dotati di trascrittori in lingue diverse, in formato braille o con lettere a rilievo al fine di rendere leggibile e comprensibile la terapia prescritta; avere a disposizione uno spazio spogliatoio separato e protetto alla vista dove la donna possa svestirsi e vestirsi per la visita o l'esame, tale spazio deve consentire la mobilità per una donna su sedia a ruote e per l'eventuale infermiera o accompagnatrice, essere dotato di attaccapanni e portaborse a differenti altezze e di una seduta con braccioli; soprattutto se si tratta di un ambulatorio di ginecologia o ostetricia, deve essere dotato di un bagno con antibagno direttamente collegato per le pazienti, avente caratteristiche di accessibilità ed usabilità.

Strumentazioni – In generale le strumentazioni sanitarie non sono accessibili ed usabili. Alcuni esempi.

La poltrona del dentista presenta difficoltà nella traslazione dalla sedia a ruote alla poltrona medesima,

in quanto pur potendola abbassare manca di rotazione e snodi che ne consentano l'adattamento.

Il lettino ginecologico spesso non è ad altezza variabile e si deve ricorrere all'uso di sollevatori (quando ci sono e quando gli operatori sanno usarli), o all'aiuto delle infermiere; inoltre, spesso l'appoggio delle gambe non è pensato per sostenerle nel caso in cui la donna non ne abbia il controllo per qualsivoglia motivo.

Lo stesso problema è presente nel macchinario per la mammografia che ha un'escursione in altezza molto limitata, oltre a presentare problemi di avvicinamento se su sedia a ruote a causa del piantone su cui è montato; anche le maniglie di presa, utili a conservare la posizione che debbono assumere le braccia durante l'esame radiologico, per una donna che non ha l'uso delle braccia o delle mani diventa impraticabile. Anche le attrezzature dell'area radiografica non sono adattabili alle specifiche esigenze delle donne con disabilità, oltre ad avere lo svantaggio di non poter contare sull'aiuto di una presenza.

Analogamente per le strumentazioni oculistiche installate su piani che compromettono l'avvicinamento ed hanno una ridotta escursione in altezza.

Inoltre, là dove le strumentazioni non possiedono criteri di accessibilità mancano sovente attrezzature di movimentazione ed aiuto al sollevamento.

Molto altro si potrebbe ancora scrivere sul tema dell'inclusione ambientale e di come questa riguardi il bene-essere e il bene-stare dei molti corpi "diversi", ma qui mi fermo perché significherebbe indagare aspetti di formazione del personale sanitario, di tempi dell'ascolto, di organizzazione ospedaliera, di rapporti di potere, di rispetto ed indifferenza, di consapevolezza del proprio sé incarnato che richiederebbero un'altra trattazione ed altre competenze.

La normativa in materia di accesso indiscriminato ai servizi sanitari

di Carlo Giacobini

*Direttore responsabile di HandyLex.org, servizio dell'Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare
Direzione Nazionale.*

Ognuno di noi ha diritto alla propria salute e di tutelare la propria integrità fisica e psicologica. Sembra uno di quegli slogan, di quelle frasi fatte (tipo: "ogni uomo ha diritto a perseguire la propria felicità") tanto scontate e utopistiche da non incontrare contestazioni o eccezioni da parte di nessuno. E come tutte le affermazioni generalistiche il rischio è che rimangano solo declaratorie o di principio generale, che restino prive di una concreta declinazione in termini di atti, politiche, servizi e, quindi, di qualità della vita.

Ma vi è un altro rischio più subdolo ed infido sotto il profilo individuale: che la persona non abbia piena consapevolezza del significato concreto che deriva da quell'incomprimibile diritto. Che accetti supinamente e fatalisticamente nella quotidianità eventi, prassi, pregiudizi consolidati che comprimono e rendono inesigibile quel diritto. Ne deriva una perdita di responsabilità verso se stesso e verso la collettività.

Sono 250 anni che si elaborano i concetti dei diritti umani, timidamente prima, poi in modo sempre più deciso e consolidato. **Dichiarazione universale dei diritti dell'individuo**, **Costituzione italiana** e più tardi la **Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea** sono atti che appaiono storicizzati oggi in tutto il loro peso etico.

Ma di atti internazionali, in materia di salute, di servizi sanitari, di accesso alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura, ce ne sono anche molti altri. Solo per ricordare i principali: la **Dichiarazione sulla promozione dei diritti dei pazienti in Europa** (Amsterdam, 1994); la **Carta di Lubiana sulla riforma dell'assistenza sanitaria**, (Lubiana, 1996); la **Dichiarazione sulla promozione della salute nel XXI secolo** (Jakarta, 1997).

Alcune Organizzazioni Non Governative nel 2002, tentando di sintetizzare in un unico documento i principi dell'ampia produzione normativa internazionale, hanno presentato la **Carta europea dei diritti del malato**, utilissimo documento che espone i punti fermi e i principi condivisi in materia di salute.

A completare il quadro va rammentata la **Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea**. Proclamata una prima volta a Nizza il 7 dicembre 2000, è stata adattata e nuovamente proclamata nel 2007 (12 dicembre, Strasburgo) da Parlamento, Consiglio e Commissione.

Si tratta di un atto imperativo anche nel nostro Paese. Infatti con l'entrata in vigore del Trattato di Lisbona, che modifica il Trattato sull'Unione europea e il Trattato che istituisce la Comunità europea (approvato il 13 dicembre 2007, entrato in vigore il 1 gennaio 2009), la Carta dei diritti fondamentali

ha la stessa cogenza giuridica dei Trattati dell'Unione ed è vincolante per le istituzioni europee e gli Stati membri, tanto da essere proclamata, ancora una volta adattandola, nel 2010 (2010/C 83/02 in Gazzetta Ufficiale Unione europea, 30.03.2010 C 83/389).

Della Carta vanno qui ricordati alcuni capisaldi: il diritto alla dignità umana (art. 1), il diritto all'integrità della persona (art. 3), la non discriminazione (art. 21), parità fra donne e uomini (art. 23), la protezione della salute (art. 35). Li ricordiamo perché sono quelli più strettamente connessi alla nostra riflessione e perché sono fra loro profondamente intrecciati.

Ma c'è un motivo ulteriore: prendere coscienza del peso di questi diritti, assumerne la responsabilità significa anche poterli far valere nel corso della propria esistenza, nella quotidianità, nelle scelte di vita, nelle azioni di richiesta, rivalsa, reclamo di fronte a comportamenti discriminanti, omissivi, degradanti.

Dobbiamo però compiere un passo indietro ed interrogarci sul reale **significato di "salute" e di "diritto alla salute"**.

Ancora una volta dobbiamo ricorrere alla definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. La salute, secondo l'OMS, è lo *"stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia"*.

Come si può osservare il perseguimento di questo principio comporta azioni che vanno oltre la mera organizzazione di un buon servizio sanitario. La salute, infatti, deriva da una molteplicità di fattori, non certo e non solo da scelte organizzative sanitarie, ma anche da presupposti ambientali, sociali, genetici, economici, culturali.

La definizione di salute proposta dall'OMS è molto impegnativa; infatti la sua traduzione in termini operativi, e soprattutto in azioni, ha sempre suscitato riflessioni, dubbi, discussioni soprattutto quando si tratta di attuare il principio, organizzare i servizi, orientare la spesa pubblica.

Non a caso alcuni più recenti orientamenti della stessa OMS sembrano apparentemente abbassare il livello ideale originario, orientando l'azione degli Stati verso la "promozione della salute" e la "strategia della salute per tutti".

La promozione e la (giusta) prevenzione della salute hanno talvolta assunto un ruolo centrale e vincente nelle scelte dei Paesi, soprattutto quando ci si è resi conto che tali interventi possono comportare una **netta diminuzione della spesa sanitaria nazionale**, una delle voci (in particolare in Italia e in Europa) che maggiormente incidono sulla spesa pubblica e sulla spesa per il welfare.

Di fronte ad un dibattito di dimensioni planetarie e di fronte a complesse decisioni di strategia di spesa, il cittadino rischia davvero di vedere marginalizzata la considerazione dei propri diritti umani fondamentali. Un interrogativo per tutti: possono i vincoli di bilancio comprimere i diritti umani fondamentali previsti dall'ONU, da Trattati dell'Unione europea e dalla stessa Costituzione? La nostra Corte costituzionale, in alcune recenti occasioni ha affermato che questo non è possibile.

Ma come fare? Quali sono davvero i nostri diritti e fino a che punto possiamo rivendicarli?

Abbiamo citato più sopra la **Carta dei diritti del malato**. Come abbiamo visto non si tratta di una norma né di un trattato, ma di un documento ampiamente condiviso con delle solidissime basi giuridiche.

Essa ci è molto utile anche in termini didascalici poiché, in particolare nella prima parte, riconduce i principi generali a situazioni e fattispecie facilmente riscontrabili nella nostra vita di tutti i giorni. Vediamone gli elementi principali tentando, per una volta, di coniugarli con quanto previsto da un altro atto internazionale assai rilevante: la **Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità**, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e ratificata in Italia dalla **legge 3 marzo 2009, n. 18**.

Il diritto all'accesso. *"Ogni individuo ha il diritto di accedere ai servizi sanitari che il suo stato di salute richiede. I servizi sanitari devono garantire eguale accesso a ognuno, senza discriminazioni sulla base delle risorse finanziarie, del luogo di residenza, del tipo di malattia o del momento di accesso al servizio."*

Il diritto all'accesso ai servizi sanitari non è nel nostro Paese così scontato e garantito. Gli elementi che possono comprimerlo o condizionarlo sono i più disparati: risiedere in un territorio a scarsa presenza o bassa qualità di servizi; essere affetti da una malattia rara; incontrare servizi o strutture di difficile accesso architettonico; essere persone con disabilità. Di fatto si rilevano discriminazioni indirette che spesso derivano da comportamenti omissivi. E qui vale la pena ricordare che la legge 1 marzo 2006, n. 67, non solo definisce il concetto di discriminazione diretta o indiretta, ma fornisce strumenti di maggiore tutela in giudizio in presenza di atti discriminatori sulla base della disabilità.

La Convenzione Onu, all'articolo 25, impegna gli stati a *"fornire alle persone con disabilità servizi sanitari gratuiti o a costi accessibili, che coprano la stessa varietà e che siano della stessa qualità dei servizi e programmi sanitari forniti alle altre persone, compresi i servizi sanitari nella sfera della salute sessuale e riproduttiva e i programmi di salute pubblica destinati alla popolazione."* L'accento ulteriore posto sulla non-discriminazione è evidente. Ma va anche evidenziato come la Convenzione senta la necessità di sottolineare il diritto di accesso ai servizi sanitari della sfera sessuale e riproduttiva. Ciò è verosimilmente motivato dai diffusi pregiudizi rilevati e che afferiscono proprio a questa sfera.

Il diritto all'informazione. *"Ogni individuo ha il diritto di accedere a tutti i tipi di informazione che riguardano il suo stato di salute e i servizi sanitari e come utilizzarli, nonché a tutti quelli che la ricerca scientifica e la innovazione tecnologica rendono disponibili."*

Anche questo diritto solo apparentemente è garantito, ma proviamo a pensare a quante difficoltà nel comprendere l'informazione può incontrare una persona che non sia culturalmente preparata, o abbia difficoltà linguistiche o sia, semplicemente, in preda all'ansia o al panico.

I servizi sanitari hanno il dovere di rendere davvero accessibili tutte le informazioni utili, oltre che di educare il proprio personale in tal senso. L'informazione sanitaria deve sempre essere improntata a criteri di accuratezza, attendibilità e trasparenza.

Ricordiamo (è importante!) che ogni persona ha il diritto di accedere direttamente alla sua cartella clinica e alla sua documentazione sanitaria, di fotocopiarle, di fare domande circa il loro contenuto e di ottenere la correzione di ogni errore esse potessero contenere.

Il diritto all'informazione è particolarmente rilevante nell'ambito della salute sessuale e riproduttiva, poiché è anche sulla base di quelle informazioni che la persona può scegliere responsabilmente e progettare la propria vita.

Il diritto al consenso. *“Ogni individuo ha il diritto ad accedere a tutte le informazioni che lo possono mettere in grado di partecipare attivamente alle decisioni che riguardano la sua salute. Queste informazioni sono un prerequisito per ogni procedura e trattamento, ivi compresa la partecipazione alla ricerca scientifica.”*

Il consenso informato non è meramente la firma in calce ad un documento il più delle volte incomprensibile. È strettamente condizionato dalla comprensione delle informazioni ricevute che devono comprendere i rischi e i disagi possibili, gli effetti collaterali e le alternative. La persona deve essere messa in grado di partecipare attivamente alle scelte terapeutiche riguardanti il suo stato di salute.

La persona ha sempre il diritto di rifiutare un trattamento o un intervento medico e di cambiare idea durante il trattamento, rifiutando il suo proseguimento. Al di fuori degli eccezionali casi espressamente previsti dalla legge (il trattamento sanitario obbligatorio) un trattamento sanitario non può mai essere imposto (articolo 32 della Costituzione Italiana).

La Convenzione ONU (art. 25) precisa anche: *“richiedere agli specialisti sanitari di prestare alle persone con disabilità cure della medesima qualità di quelle fornite agli altri, in particolare ottenendo il consenso libero e informato della persona con disabilità coinvolta, accrescendo, tra l'altro, la conoscenza dei diritti umani, della dignità, dell'autonomia, e dei bisogni delle persone con disabilità attraverso la formazione e l'adozione di regole deontologiche nel campo della sanità pubblica e privata;”*

Il diritto alla libera scelta. *“Ogni individuo ha il diritto di scegliere liberamente tra differenti procedure ed erogatori di trattamenti sanitari sulla base di adeguate informazioni.”*

La persona ha il diritto di decidere a quali esami diagnostici e terapie sottoporsi, nonché a quali medici di famiglia, specialisti ricorrere. I servizi sanitari hanno il dovere di garantire questo diritto, fornendo ai pazienti informazioni sui diversi centri e professionisti in grado di garantire un certo trattamento e sui risultati della loro attività. Essi devono rimuovere ogni tipo di ostacolo che limiti l'esercizio di questo diritto.

Purtroppo questo diritto alla libera scelta è talvolta limitato per le persone con disabilità da elementi organizzativi, strutturali, di mancata personalizzazione, di strumentazione non adeguata. Ciò costituisce un elemento di discriminazione.

La stessa prossimità dei servizi incide sulla libera scelta. Ancora una volta la Convenzione ONU

impegna gli Stati a “fornire questi servizi sanitari alle persone con disabilità il più vicino possibile alle proprie comunità, comprese le aree rurali;”.

Il diritto alla privacy e alla confidenzialità. *“Ogni individuo ha il diritto alla confidenzialità delle informazioni di carattere personale, incluse quelle che riguardano il suo stato di salute e le possibili procedure diagnostiche o terapeutiche, così come ha diritto alla protezione della sua privacy durante l’attuazione di esami diagnostici, visite specialistiche e trattamenti medico-chirurgici in generale.”*

Tutti i dati e le informazioni relative allo stato di salute di un individuo, nonché ai trattamenti medici o chirurgici ai quali esso è sottoposto, devono essere considerati privati e, come tali, adeguatamente protetti. L’Italia vanta un robusto corpus normativo nella tutela della riservatezza dei dati personali, in particolare per i dati sensibili come quelli della salute. Al contempo, tuttavia, la proliferazione di momenti accertativi dello stato invalidante (invalidità, disabilità, handicap), necessari per l’accesso a prestazioni e agevolazioni, produce una ridondanza e una diffusione spesso incontrollate di verbali, certificazioni, dichiarazioni contenenti dati sensibili delle persone.

Sul rispetto della vita privata, la Convenzione ONU (art. 22) è chiara: *“Gli Stati Parti tutelano il carattere confidenziale delle informazioni personali, di quelle relative alla salute ed alla riabilitazione delle persone con disabilità, su base di uguaglianza con gli altri.”*

Il diritto a evitare le sofferenze e il dolore non necessari. *“Ogni individuo ha il diritto di evitare quanta più sofferenza possibile, in ogni fase della sua malattia.”*

È un diritto meno rispettato di quanto si creda. Il ritardo nella diffusione e nel consolidamento dei centri e dei servizi per la terapia del dolore in Italia ne è un esempio. Spesso il dolore viene considerato come un inevitabile portato della malattia o del trauma o della convalescenza, un effetto collaterale che il “paziente” deve comunque sopportare, secondario rispetto all’esigenza della cura dei sintomi o delle cause.

In molti casi la gestione e la terapia del dolore si esaurisce nelle cure palliative, distinguendo “soggettivamente” il dolore fra “sopportabile” oppure no, anziché come “evitabile” oppure no.

Il diritto a un trattamento personalizzato. *“Ogni individuo ha il diritto a programmi diagnostici o terapeutici quanto più possibile adatti alle sue personali esigenze.”*

I servizi sanitari dovrebbero garantire programmi flessibili, orientati quanto più possibile agli individui, assicurando che i criteri di sostenibilità economica non prevalgano sul diritto alle cure. Per le persone con disabilità questa necessità di personalizzazione è ancora più stringente.

La Convenzione ONU rimarca tale diritto: *“Gli Stati Parti riconoscono che le persone con disabilità hanno il diritto di godere del migliore stato di salute possibile, senza discriminazioni fondate sulla disabilità.”* E in quanto a personalizzazione la stessa Convenzione ricorda che anche nella disabilità ci sono specifiche esigenze legate al genere: *“gli Stati Parti adottano tutte le misure adeguate a garantire loro l’accesso a servizi sanitari che tengano conto delle specifiche differenze di genere, inclusi i servizi di riabilitazione.”*

Il diritto al reclamo e al risarcimento. *“Ogni individuo ha il diritto di reclamare ogni qual volta abbia sofferto un danno e ha il diritto a ricevere una risposta o un altro tipo di reazione.” “Ogni individuo ha il diritto di ricevere un sufficiente risarcimento in un tempo ragionevolmente breve ogni qual volta abbia sofferto un danno fisico ovvero morale e psicologico causato da un trattamento di un servizio sanitario.”*

L'organizzazione dei servizi sanitari deve prevedere forme di presentazione di reclamo nel caso di violazione dei diritti o di servizi resi con scarsa o insufficiente qualità. In caso di danni o lesioni deve essere possibile richiedere un risarcimento nelle forme e nei modi previsti dalla legge.

Oggi in quasi tutte le Aziende USL, nelle Aziende Ospedaliere o nelle strutture sanitarie, anche convenzionate, sono presenti uffici di relazione con il pubblico e sono disponibili le Carte dei servizi che recano le regole per la presentazione formale di reclami.

Troppo spesso, a fronte di “cattive prassi”, discriminazioni, servizi non resi, violazioni di diritti, il cittadino evita di presentare reclamo. Questo, al contrario, è il primo passaggio per una rivendicazione che può essere poi portata in giudizio ed essere utile non solo a risolvere propri e personali questioni, ma anche a migliorare la qualità complessiva dei servizi, nell'interesse di tutti. È quindi una forma di impegno civile molto più nobile che una mera rivalsa.

Ci piace concludere questa riflessione citando ancora una volta un passaggio della Convenzione ONU, quello (art. 16) che evoca *“un ambiente che promuova la salute, il benessere, l'autostima, la dignità e l'autonomia della persona e che prenda in considerazione le esigenze specifiche legate al genere ed all'età”.*

La salute - lo noterà il Lettore - è indissolubilmente legata ad altre condizioni che, assieme ad essa, non possono essere che declinate da esigenze specifiche quali il genere e l'età. E ciò vale per qualsiasi persona.

Risorse documentarie in tema di progettazione accessibile di strutture sanitarie

a cura del CRID - Centro Regionale Informazione e Documentazione sull'Accessibilità

Un servizio promosso dalla Regione Toscana e realizzato da Uncem Toscana, in collaborazione con la Provincia di Pistoia.

Riportiamo un elenco di testi, editi dall'anno 2000, che trattano l'argomento specificando titolo, autori, casa editrice e anno:

- Edilizia Ospedaliera: esperienze e approfondimenti per una progettazione consapevole. *Alessandro Creco / Marco Morandotti – ALinea Editrice (2011)*
- Riqualificazione degli edifici ospedalieri. La sicurezza antincendio. *Teresa Villani – Gangemi Editore (2011)*
- Edilizia ospedaliera. Approcci metodologici e progettuali. *Stefano Capolongo – Editore Ulrico Hoepli Milano (2006)*
- Barriere architettoniche. Guida al progetto di accessibilità dell'ambiente costruito. *Michele Di Sivo / Elisabetta Schiavone / Massimo Tambasco – Alinea Editrice (2005)*
- Le strutture sanitarie. Manuale per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento al servizio sanitario nazionale. Dalla comprensione dei requisiti alla compilazione dell'istanza. *Claudio Bosaia – Maggioli Editore (2011)*
- Progettare i luoghi senza barriere. Manuale di schede tecniche di soluzioni inclusive. *Leris Fantini – Maggioli Editore (2011)*
- La relazione tecnica antincendio 3. Guida per la stesura del progetto di prevenzione incendi – Strutture sanitarie. *Roberto Camera - Editore Ulrico Hoepli Milano (2004)*
- L'amministrazione di sostegno. Motivi ispiratori e applicazioni pratiche. *Paolo Cendon / Wolters Kluwer Italia (2009)*
- Le informazioni e gli operatori sanitari. Le basi concettuali e pratiche di un sistema informativo sanitario. *Andrea Maccari, / G. Romigi – Maggioli Editore (2008)*
- Ascensori e apparecchi elevatori. *Enzo Fornasari / Giuseppe Iotti - Maggioli Editore (2008)*
- Edilizia ospedaliera dallo spazio al luogo. Approcci e metodi per la progettazione di una unità di day surgery. *Marco Morandotti – Alinea Editrice (2009)*
- La progettazione delle strutture di lungodegenza. *Marzia Morena – Il Sole 24 Ore (2006)*

- Ospedali. Progettazione ed esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private. *Leonardo Corbo - Il Sole 24 Ore (2004)*
- La progettazione organizzativa: principi, strumenti e applicazioni nelle organizzazioni sanitarie. *Americo Cicchetti / FrancoAngeli (2004)*
- Tecnica ospedaliera. Edilizia ed impianti. *Valerio Cammarata - Legislazione Tecnica (2008)*
- ICF. Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute. *Organisation Mondiale de la Santé - Centro Studi Erickson, (2002)*
- Ospedale ridefinito. Soluzioni e ipotesi a confronto. *Mello Patrizia – Alinea Editrice (2000)*
- L'ospedale del futuro. Modelli per una nuova sanità! *Del Nord R. – Del prato (2008)*
- Tecnica ospedaliera. Edilizia ed impianti delle strutture sanitarie. *Valerio Cammarata – Legislazione Tecnica (2012)*

Le successive elencazioni sono tratte dal sito di **"ADES – Archivio Digitale Edilizia Sanitaria"** e trattano l'accessibilità ospedaliera in modo più approfondito. Previa una registrazione è possibile accedere a più parti del sito internet e reperire altre informazioni; il sito internet è all'indirizzo <http://ades.dicar.units.it/>

In specifico i due seguenti titoli (che riportano una data antecedente all'anno 2000) possono essere reperiti presso la Biblioteca "Pio Montesi" della sezione di Architettura, Disegno e Urbanistica di Trieste, l'indirizzo internet è il seguente: <http://ades.dicar.units.it/bibliografia.php>

- "Uso razionale dell'energia nel settore ospedaliero", ed. Enea, ROMA, 1998; coll. Bibliot. Architettura 04/E/0305
- "Scuole - Ospedali - Alberghi", *Domenico Rondella, ed. Il Sole 24 Ore Pirola, MILANO, 1997; coll. Bibliot. Architettura 04/A/0114 bis*

Presso l'**Archivio Cartaceo ADES** sono presenti questi documenti:

- Modelli progettuali per l'edilizia ospedaliera. *M. Morandotti ed. TCP - Pavia*
- Proposta di Progetto Obbiettivo Materno – Infantile e dell'Età Evolutiva. *Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia*
- Il comportamento della struttura ospedaliera nelle emergenze. *Morra / C. Romeo / C. Sala - Collana Protezione Civile e Ambiente*
- Nuovo modello di ospedale. Meta progetto planimetrico e tridimensionale. *Ministero della Sanità / Renzo Piano - 2001 ROMA*

- L'ospedale ridefinito, P. Mello - Ed. Alinea, 2000, FIRENZE
- Metodi e strumenti di progettazione, controllo e gestione di una unità di Day Surgery. *Tesi di Dottorato di Ricerca in Ingegneria Ergotecnica Edile* M. Morandotti - Politecnico di Milano, XII ciclo
- Il progetto preliminare nell'edilizia ospedaliera. M. Giovanale - Edizioni Kappa, 1998, MILANO
- La qualità edilizia del progetto. Il caso dell'edilizia ospedaliera: le chiusure verticali. *Tesi di Laurea in Architettura Tecnica*, L. De Col - Università degli studi di Trieste, anno accademico 1997-1998

Altri documenti bibliografici di interesse

- The Architecture of Hospital. C. Wagenaar - NAI Publishers, 2006

Approfondimenti – Indirizzo internet: <http://ades.dicar.units.it/approfond.php>

Contributi scientifici:

- Il Regolamento EMAS: linee guida per l'analisi ambientale iniziale nelle strutture ospedaliere
un progetto di ricerca realizzato da APAT (Agenzia per la protezione dell'ambiente e per i servizi tecnici) e ITACA (Dipartimento Innovazione Tecnologica nell' Architettura e Cultura dell'Ambiente dell' Università degli Studi di Roma "La Sapienza") nel 2003.
http://ades.dicar.units.it/05_approfondimenti/regolamento_emas_2003.pdf
- THE GENERAL HOSPITAL. Building guidelines for new buildings, *le linee guida approvate dal Ministero della Salute olandese nel 2002.*
http://ades.dicar.units.it/05_approfondimenti/fullreport_olanda_2002.pdf
- Architettura per l'Alzheimer. Il malato di Alzheimer e l'ambiente. VOLUME 01,
un progetto di ricerca realizzato da Regione Toscana e T.E.S.I.S. (Centro Interuniversitario per Sistemi e Tecnologie per le Strutture Sanitarie) nel 2002.
http://ades.dicar.units.it/05_approfondimenti/architettura_alzheimer_2002_vol_01.pdf
- Architettura per l'Alzheimer. Linee guida per la progettazione. VOLUME 02,
un progetto di ricerca realizzato da Regione Toscana e T.E.S.I.S. (Centro Interuniversitario per Sistemi e Tecnologie per le Strutture Sanitarie) nel 2002.
http://ades.dicar.units.it/05_approfondimenti/architettura_alzheimer_2002_vol_02.pdf

Contributi didattici:

- Nuovi ospedali, nuovi paradigmi,
un contributo del prof. E. Valcovich. esposto al Corso di Aggiornamento "Innovazione Tecnologica in Sanità" tenutosi a Cagliari il 26-27-28 Maggio 2005.
http://ades.dicar.units.it/05_approfondimenti/conf_valcovich_cagliari_260505.pdf
- Il Presidio Ospedaliero. Guida tematica alla progettazione,
un contributo tematico realizzato dal Laboratorio di Grandi Complessi della Facoltà di Ingegneria di Trieste. Responsabile Scientifico: prof. E. Valcovich. A.A. 1999-2000.
http://valcovich.dic.units.it/pubbl_stu.html
- Impianti Ospedalieri,
una presentazione riassuntiva del tema impiantistico presentata da Archinfo.it.
http://www.archinfo.it/articoli/0,1254,53_ART_169892,00.html
- Impianti tecnici negli ospedali,
requisiti relativi a condizionamento, distribuzione gas medicali, smaltimento rifiuti, sicurezza antincendio, radiazioni ionizzanti.
http://ades.dicar.units.it/05_approfondimenti/impianti_ospedalieri.pdf

Modelli progettuali:

- The MAGGIE Project,
un progetto di ricerca e beneficenza promosso nel 1990 dallo storico Charles Jencks e dedicato alla realizzazione di una rete inglese di Hospice dedicati all'accoglienza dei pazienti malati di cancro. Nel progetto sono stati coinvolti alcuni tra i più noti progettisti al mondo, tra cui Frank Gehry, Zaha Hadid, Daniel Libeskind e Richard Rogers.
<http://www.maggiescentres.org/>
- The SARAH Project,
un progetto di centri riabilitativi in serie promosso nel 1968 in Brasile e caratterizzati da una forte integrazione tra fattori architettonici e curativi.
<http://www.sarah.br/Cvisual/Sarah/>
- H VEN LC - percorso guidato attraverso gli Atti del Nuovo Ospedale di Venezia progettato da Le Corbusier negli anni '60,

a cura dell'Archivio Progetti dello IUAV di Venezia. L'ospedale sarebbe dovuto sorgere in luogo del Macello Comunale di S. Giobbe.

<http://oberon.iuav.it/corbu/corbu.html>

Saggi e articoli:

- La malattia e le sue architetture. Riflessioni storico critiche attorno al progetto dell'ospedale di Mestre di Vacchini-Gmür,

uno scritto di Roberto Masiero dedicato al progetto non realizzato dei due architetti svizzeri.

http://valcovich.dic.units.it/conf_15112001.html

- Ospedale in rete e cittadino al centro,

un'intervista a Maurizio Mauri, Commissario Straordinario dell'Istituto Nazionale per la ricerca sul cancro. Marzo 2004.

<http://www.pensiero.it/continuing/caffe/mauri.htm>

Riviste di settore:

- MONITOR, Elementi di analisi e osservazione del sistema salute - anno II, numero 03, gennaio_febbraio 2003,

il bimestrale dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

http://ades.dicar.units.it/05_approfondimenti/monitor_03_2003.pdf

- MONITOR, Elementi di analisi e osservazione del sistema salute - anno II, numero 06, 2003,

Progetto di ricerca finalizzata (ex art. 12, Dlgs 502/92) a cura di ASSR Roma.

Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia e assistenza. Rapporto conclusivo 2003

http://ades.dicar.units.it/05_approfondimenti/progetto_2003_ex_art12_502_92.pdf

- MONITOR, Elementi di analisi e osservazione del sistema salute - anno II, numero 06, 2003,

Progetto di ricerca finalizzata (ex art. 12, Dlgs 502/92) a cura di ASSR Roma.

Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia e assistenza.

Rapporto conclusivo 2003 / cap.04 - "Linee Guida per la Progettazione".

L'accessibilità dei servizi di ginecologia e ostetricia alle donne con disabilità.
Rapporto di ricerca, Gruppo donne UILDM, 2013

http://ades.dicar.units.it/05_approfondimenti/monitor_suppl_06_2003_cap_04.pdf

- MONITOR, Elementi di analisi e osservazione del sistema salute - anno IV, numero 13, 2005, *il bimestrale dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali.*

http://ades.dicar.units.it/05_approfondimenti/monitor_13_2005.pdf

Gruppi di ricerca:

- AfH - Architects for Health,

un gruppo di ricerca inglese che da molti anni promuove occasioni di approfondimento e riassume la ricerca "Programma Cultura 2000" promossa dall'Assistenza Ospedaliera di Parigi e dall'Unione Europea. Affronta un percorso di analisi dedicato allo sviluppo delle tipologie "target="new" Assistenza Ospedaliera di Parigi partecipa alla ricerca con un proprio approfondimento.

<http://www.architectsforhealth.com/>

Molto importanti sono le **Ricerche del Centro TESIS**, che nasce nel 1992 tra docenti delle Università degli Studi di Firenze, Milano e Roma "La Sapienza" e che rappresenta, nel settore dell'edilizia socio sanitaria, uno dei primi esempi istituzionali di collaborazione scientifica inter-universitaria, reperibili all'indirizzo: <http://web.taed.unifi.it/tesis/pubblicazioni.htm>.

- Linee guida di progettazione per strutture assistenziali destinate ai malati di morbo di Alzheimer . *Rapporto afferente alla ricerca " Studio e ricerca sperimentale sulla sistemazione degli spazi assistenziali ad uso degli anziani colpiti dal morbo di Alzheimer presso la R.S.A di Prato e la R.S.A di Pisa ", Bologna R. ed altri, in convenzione con ASL 4 di Prato, (2001)*
- Architettura per l'Alzheimer - linee guida per la progettazione, *Del Nord R. - edizioni Regione Toscana, Firenze (2002)*
- Architettura per l'Alzheimer - Il malato di Alzheimer e l'ambiente, *Del Nord R. - edizioni regione Toscana, Firenze (2002)*
- Visioni sfumate - Guida all'organizzazione degli spazi residenziali per i malati di Alzheimer, *Santi V. - Regione Toscana, febbraio (2004)*
- Architecture for Alzheimer disease, *Del Nord R. - Alinea editrice, Firenze (2004)*
- Design and health: A new paradigm", in "Design & Health III - Health Promotion through Environmental Design, *Del Nord R. / Dilani A. - editor, International Academy for Design and Health, Stoccolma (2004)*
- Planning strategies and technical solution for the new millennium. *Del Nord R. - The International Hospital Federation. Pan Regional conference 2000 - Human dimension in hospital design, Bahrain , 6/8*

L'accessibilità dei servizi di ginecologia e ostetricia alle donne con disabilità.
Rapporto di ricerca, Gruppo donne UILDM, 2013

Novembre (2000)

- Hospital in the hospital, Del Nord R. - XXI UIA World Congress of Architecture Berlino, Luglio (2002)
- La riorganizzazione dell'ambiente come strategia di cura, Vol I n°5. Del Nord R. - 47° Congresso Nazionale della Società di Gerontologia e Geriatria. Montecatini Terme, Novembre (2002)
- Aspetti umanitari dell'architettura ospedaliera. Del Nord R. - 52° Congresso Nazionale SINCH, Società Italiana Neurochirurgia, S. Giovanni Rotondo (Foggia), 9-12 Novembre, (2003)

Altre fonti riguardanti accessibilità e fruibilità degli edifici sanitari di qualche interesse sono rintracciabili su alcuni siti, qui di seguito riportati:

- Guida alla progettazione accessibile e funzionale *dal sito* <http://www.triesteabile.it> (2006)
http://www.triesteabile.it/voglioinformarmi/barrierearchitettoniche/pdf_guida
- Riflessioni su Percorsi comuni di Progettazione Integrata La rete dei servizi sanitari *dal sito* <http://www.ospedaleuniverona.it> (2007) <http://www.ospedaleuniverona.it/extfiles/internet/93101/attachment/FILE1335945269946-106.pdf>
- Indirizzi progettuali sull'accessibilità e fruibilità dell'ambiente costruito
http://www.comune.cecina.li.it/area_tecnica/doc/edilizia/Allegato-A1-Accessibilita.pdf
- Sistema di accessibilità dei pazienti alle cure specialistiche in regime ambulatoriale (2011)
<http://www.ass3.sanita.fvg.it/stc/servizi/allegati/sistema.pdf>
- Universal Design
<http://www.c-progettosud.it/editoria/Donne,%20disabilit/14.html>
- Percorso nascita delle mamme migranti
<http://www.cittadinanzattiva.it/progetti-e-campagne/attivismo-civico/immigrazione/4094-percorso-nascita-delle-mamme-migranti.html>

Infine ecco **alcuni indirizzi di siti inglesi e francesi** dove attingere informazioni.

Siti in francese:

<http://www.architecture-hospitaliere.fr/?lang=en>

<http://www.techniques-hospitalieres.fr/?lang=en>

Siti in inglese:

<http://www.worldhealthdesign.com/>

(In specifico, <http://www.worldhealthdesign.com/technology.aspx>)

<http://www.designandhealth.com/>

Consultabili presso il CERPA, Centro Europeo di Ricerca e Promozione dell'Accessibilità <http://www.cerpa.org/index.html> (c/o CRIBA, Centro Regionale di Informazione sul Benessere Ambientale di Reggio Emilia <http://www.criba-er.it/ita/home.php>), alcuni testi di rilevata importanza:

- Pio Albergo Trivulzio, Milano - Progetto sperimentale di un nucleo Alzheimer. *Ivan Masciadri in Tecnica Ospedaliera n. 10 – Tecniche Nuove Editore (Novembre 2003)*
- Bitonto, Casa Alzheimer Progettazione Innovativa. *Giovanni Tortorici / Stefano Delli Noci in "Assistenza Anziani - Fin-mark Srl" - (Gennaio-Febbraio 2005)*
- Il giardino sensoriale terapia anti Alzheimer. *Rita Pomposini in Assistenza Anziani - Fin-mark Srl (Giugno 2004)*
- Toscana: 1 milione di euro contro Alzheimer e demenza. *Fin - mark srl (Ottobre 2004)*
- Progettare l'ambiente per l'Alzheimer. *Pubblicazione Alessandra Cannara / Carlo Brizioli / Enrico Brizioli / Marco Trabucchi – FrancoAngeli (2004)*
- Conoscere l'Alzheimer. AA.VV. *In Assistenza Anziani - Fin-mark Srl (Febbraio-Marzo 2006)*
- Alzheimer e Alimentazione. *Giovanni Tortorici in Assistenza Anziani - Fin-mark Srl (Febbraio-Marzo 2006)*
- Inaugura il "Giardino Alzheimer". *EmiliaNet (29 Marzo 2006)*
- Giardino Alzheimer Percorso Guidato tra Aromi e Colori. *Missione Uomo n. 2 Fondazione Don Gnocchi Onlus (Giugno 2002)*
- Nuclei Alzheimer. *Tiziana Balsamo in Assistenza Anziani n. 4 - Fin-mark Srl (Giugno 2006)*
- Nucleo Alzheimer. *Eloise Righi / Cinzia Giorgi in Assistenza Anziani n. 8 - Fin-mark Srl (Novembre-Dicembre 2006)*
- Ergonomia e Alzheimer. *Mauro Bimbi in Assistenza Anziani n. 6 - Fin-mark Srl (Agosto-Settembre 2007)*
- Alzheimer e Ambiente. I luoghi, i sensi, la cura. *Pubblicazione di Marta Roncaglia / Damiano Mantovani / Letizia Espanoli" - Maggioli Editore (Settembre 2008)*
- "Non ti scordar di me" Alzheimer ,a Orvieto ecco un'eccellenza. *Vera Benella / Lucilla Parnetti in Assistenza Anziani - Fin-mark Srl (Gennaio-Febbraio 2011)*

Altre pubblicazioni prima dell'anno 2000:

- Anziani e Alzheimer. *DM n. 135 - UILDM (Agosto 1999)*
- Architetture e Giardini per l'Alzheimer. Il progetto come strumento terapeutico. *Pubblicazione della Provincia di Milano (1999)*
- Architettura e morbo di Alzheimer. *Habilis - Anno III - n. 1 (Marzo 1993)*
- Il Giardino di Alzheimer. *Pubblicazione di Franca Mori / Patrizia Valla – Provincia di Milano Ass. Serv. Sociali (Novembre 1995)*
- Alzheimer Percorsi possibili. *Pubblicazione di Franca Mori / Giorgio Zanella / Giorgio Pandini - Provincia*

di Milano (Agosto 1994)

- Vademecum Alzheimer. Pubblicazione di Carla Pettenati / Patrizia Spadin / Daniele Villani – Aima (Aprile 1997)
- Sperimentazione Gestionale della Rete regionale di Servizi per Anziani affetti da “Alzheimer”. Pubblicazione (Novembre 1994)

Questa consulenza si è avvalsa anche del contributo dell'Architetto **Luca Marzi**, membro dell'**Osservatorio sull'Accessibilità dell'AOU** (Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi) che è riportato di seguito. Per eventuali chiarimenti contattare direttamente l'Osservatorio allo 055.7949591, e-mail osservatorioaccessibile@aou-careggi.toscana.it :

- Pregnancy and disability, a cura del Royal College of Nursing (<http://www.rcn.org.uk>) ISBN: 9.7819E+12

Il testo articola attraverso tre sezioni la tematica relativa a tutta la presa in carico della struttura sanitaria della persona disabile intesa secondo una specifica ed articolata definizione della sua condizione psicofisica. Molto interessante è la parte conclusiva con l'elencazione di casi studio particolarmente significativi.

<http://www.taed.unifi.it/lucamarzi/Careggi/xCRiD/01.pdf>

- Estratto del volume: La casa di maternità. Una struttura sociale per il parto fisiologico. Linee guida per la progettazione di Paolo Felli e Antonio Lauria. ISBN: 8846717260, 9788846717269

Con estratto specifico pag. 64-113. Il testo contiene indicazioni sulla problematica relativa al rapporto disabilità - maternità, affrontando il tema sotto un chiave di lettura pluriesiggenziale.

<http://www.taed.unifi.it/lucamarzi/Careggi/xCRiD/02.pdf>

- A Provider's Guide for the Care of Women with Physical Disabilities & Chronic Medical Conditions.

A cura di Sandra Welner del Department of Obstetrics & Gynecology University of Maryland Medical Baltimore, Maryland ISBN: 8846717260, 9788846717269

Questa pubblicazione è stata realizzata dall'Ufficio della Carolina del Nord sulla Disabilità e Salute, che nasce dalla collaborazione effettuata in occasione di uno specifico programma di ricerca della divisione del centro di sanità pubblica del North Carolina e il Centro di Frank Porter Graham Child Development.

<http://www.taed.unifi.it/lucamarzi/Careggi/xCRiD/03.pdf>

- Removing Barriers to Health Care

A cura dell'ADA (Americans with Disabilities Act) <http://www.ada.gov>. Pur non contenendo informazioni specifiche sui reparti di maternità, contiene chiare indicazioni progettuali sugli spazi ambulatoriali e/o di degenza con schemi e grafici che descrivono sia l'organizzazione degli spazi che dei relativi arredi ed ausili.

<http://www.taed.unifi.it/lucamarzi/Careggi/xCRiD/04.pdf>

- Access To Medical Care For Individuals With Mobility Disabilities

A cura dell'ADA (Americans with Disabilities Act) <http://www.ada.gov>. Pur non contenendo informazioni specifiche sui reparti di maternità, contiene chiare indicazioni progettuali sugli spazi ambulatoriali e/o di degenza con schemi e grafici che descrivono sia l'organizzazione degli spazi che dei relativi arredi ed ausili.

<http://www.taed.unifi.it/lucamarzi/Careggi/xCRiD/05.pdf>

- Women with Disabilities: Barriers and Facilitators to Accessing Services During Pregnancy, Childbirth and Early Motherhood.

A cura del Trinity College Dublin - School of Nursing and Midwifery (<http://www.rcn.org.uk>)

Il testo è il frutto di una ricerca congiunta del National Women's Council of Ireland (NWC) e della National Disability Authority (NDA). Molto interessante è la seconda parte che riporta un quadro sinottico (aggiornato al 2009) delle politiche inerenti il parto e la maternità di persone disabili, sia a livello nazionale (irlandese) che internazionale.

<http://www.taed.unifi.it/lucamarzi/Careggi/xCRiD/07.pdf>

- Guidelines for Design and Construction of health Care facilities.

A cura dell'AIA, The American Institute of Architects- (<http://www.aia.org>) del manuale si allegano le sezioni relative agli "Ambulatory Care Facilities e ai Birthing Centers" <http://www.taed.unifi.it/lucamarzi/Careggi/xCRiD/08.pdf>

- The Disabled Woman's Guide To Pregnancy And Birth. Di Judi Rogers e Molleen Matsumura. - ISBN 978-1932603088

<http://www.taed.unifi.it/lucamarzi/Careggi/xCRiD/09.pdf>

L'allegato è un estratto del terzo capitolo. Interessante è anche l'articolo di Rogers - "Pregnancy Planning for Women with Mobility Disabilities"

(<http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/260/#s3>) nel quale l'autore descrive anche le attività del National Center for Parents with Disabilities and their Families. Costituito nel 1982 a Berkeley, California.

<http://www.taed.unifi.it/lucamarzi/Careggi/xCRiD/10.pdf>

- Sistemi ambientali e loro componenti Normative - nazionali - regionali con riferimenti alle indicazioni internazionali Errori comuni e buone prassi. Questionari di verifica

<http://www.taed.unifi.it/lucamarzi/Careggi/xCRiD/Sistemi%20Ambientali%20acc.%20aouc.pdf.zip>

Tutti gli allegati contengono un'articolata bibliografia dalla quale si è cercato di estrapolare i riferimenti dove fossero presenti gli aspetti più propriamente progettuali relativamente all'organizzazione degli spazi e degli arredi. Considerata la vastità, sarebbe più opportuno un'analisi approfondita. I sopra riportati link sono comunque scaricabili non ancora per molto dalla pagina:

<http://www.taed.unifi.it/lucamarzi/Careggi/xCRiD/>

Inoltre da segnalare la schedatura delle strutture socio assistenziali realizzate dal sito <http://www.disabledgo.com>. Nel sito sono classificati i principali parametri utilizzati per verificare e catalogare l'accessibilità delle strutture sanitarie tra le quali i reparti di maternità. I parametri principali riguardano sia l'accessibilità che la dotazione di servizi ed ausili necessarie ad una maggiore vivibilità delle strutture. In Italia è recente la pubblicazione della "Carta dei diritti delle persone con disabilità in ospedale" (si legga anche il nostro articolo "Per abbattere le barriere sanitarie" all'indirizzo

<http://www.centroaccessibilita.it/live/cms/news/item/news0128>), a cura della cooperativa "Spes" (<http://www.taed.unifi.it/lucamarzi/Careggi/xCRiD/06.pdf>), che però non tratta in maniera specifica l'accessibilità dei reparti di maternità.