

Linee guida e buone pratiche

*di Micaela Crisma, Chiara Semenzato,
Federica Scrimin, Laura Pomicino*

Giuseppe Ricci e Federica Scrimin

LINEE GUIDA E INDICATORI DI SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA DELLE DONNE MIGRANTI
ISBN 978-88-5511-042-6 (print); 978-88-5511-043-3 (online). EUT, 2019, pp. 3-40

Presentazione

Le Linee Guida hanno lo scopo di fornire una sintesi chiara e facilmente accessibile delle raccomandazioni e delle buone pratiche inerenti i bisogni di salute riproduttiva delle pazienti migranti in base alle indicazioni della letteratura scientifica e delle principali organizzazioni internazionali.

Questo documento mira:

- A identificare i principali problemi affrontati in ambito di salute riproduttiva nella cura di pazienti con vissuti culturali e di salute diversi, di recente immigrazione nei nostri paesi;
- A fornire strumenti che favoriscano interventi efficaci in base ai problemi specifici che la migrazione può determinare e in base alle aree di provenienza.

Metodologia

Le linee guida sono state elaborate:

- Considerando le raccomandazioni della letteratura internazionale “evidence-based” per la salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti (consultando le seguenti fonti: Pub-Med, Medline, le linee guida OMS degli ultimi 10 anni, le raccomandazioni ufficiali di associazioni internazionali come la CMA (*Canadian Medical Association*), il PAI (*Population Action International*), l’UNICEF;
- Confrontando la letteratura con i dati epidemiologici, interviste mirate a pazienti e al personale sanitario, attraverso questionari e discussione di casi clinici all’interno della prima parte del progetto INTEGRA - *Rete transfrontaliera per le donne migranti: integrazione sociale, salute sessuale e riproduttiva* - presso l’Ospedale Burlo Garofolo con il contributo del DISPES dell’Università degli Studi di Trieste e presso gli ospedali di Isola e Postumia e i Centri di salute di Koper, Isola e Pirano in Slovenia.

La qualità scientifica delle informazioni, che varia in funzione del tipo di studio da cui derivano, è stata valutata, quando possibile, con le modalità utilizzate dalle principali agenzie di salute pubblica: elevata, moderata, bassa o molto bassa (*evidenze di grado A-B-C-D*).

La forza della raccomandazione, invece, che può essere forte a favore, debole a favore, debole contro o forte contro, rispecchia la fiducia che gli effetti desiderabili di un intervento siano superiori ai possibili effetti avversi (*Raccomandazione 3-2-1-, -1*).

Nella prima parte del lavoro ci concentreremo su alcuni problemi generali che si possono incontrare con tutte le pazienti straniere, mentre nella seconda parte dedicheremo spazio ad aspetti più specifici per le varie aree geografiche di provenienza.

Per ogni tema affrontato si è sempre tenuto conto della realtà italiana e slovena ed eventuali differenze sostanziali sono descritte nel testo.

Introduzione

Il crescente flusso migratorio che ha interessato una parte dell'Europa negli ultimi anni ha un forte impatto sui Sistemi Sanitari. Le migrazioni interessano popolazioni giovani e in età riproduttiva. Il 60% degli stranieri che arrivano in Italia ha un'età compresa tra 15 e 39 anni ed il 50% di queste sono donne (1).

Tabella 1 - Immigrate in Friuli Venezia Giulia e in Slovenia°

Friuli Venezia Giulia			Slovenia		
Paese di provenienza (su 55.828 residenti straniere)	N	%	Paese di provenienza (su 42185 residenti straniere)	N	%
Romania	13.964	25.0	Bosnia-Erzegovina	14.341	34.0
Albania	4.906	8.8	Kosovo	5.945	14.1
Ucraina	4.272	7.7	Macedonia	4.853	11.5
Serbia	3.499	6.3	Croazia	3.187	7.6
Marocco	2.016	3.6	Serbia	3.060	7.3
Cina	1.907	3.4	Russia	1.310	3.1
Croazia	1.638	2.9	Ucraina	1.218	2.9
Kosovo	1.599	2.9	Cina	490	1.2
Bangladesh	1.596	2.9	Rep. Slovacca	291	0.7
Moldavia	1.484	2.7	Thailandia	213	0.5
Bosnia	1.397	2.5	Romania	196	0.5
Macedonia	1.330	2.4	Rep. Dominicana	141	0.3
Ghana	1.174	2.1	Filippine	94	0.2
Polonia	1.072	1.9	Brasile	66	0.2
India	1.014	1.8	Kazakistan	57	0.1
Russia	646	1.2	Giappone	41	0.1
Nigeria	644	1.2	India	38	0.1
Slovenia	620	0.8	Turchia	37	0.1
Colombia	617	1.1	Iran	31	0.1
Bulgaria	481	0.9	Cuba	30	0.1
Filippine	466	0.8	Indonesia	29	0.1
Rep. Dominicana	454	0.8	Colombia	26	0.1
Georgia	451	0.8	Siria	24	0.1
Brasile	447	0.8	Perù	19	<0.1
Tunisia	429	0.7	Vietnam	18	<0.1

° I dati riportati sono aggiornati a gennaio 2018 per il Friuli Venezia Giulia e al 2017 per la Slovenia

In Friuli Venezia Giulia un neonato su 4 nasce da madre straniera (2), in Slovenia uno su 10¹. In questi anni arrivano nei reparti di Ostetricia e Ginecologia un gran numero di donne straniere in età riproduttiva.

La salute riproduttiva ha un particolare legame con la cultura di provenienza e con le tradizioni familiari.

Si profila la necessità di avere conoscenze specifiche condivise per mantenere l'intervento dei nostri Sistemi Sanitari ad un adeguato livello di efficacia.

Con quali popolazioni si trovano a lavorare gli operatori sanitari?

Le elaborazioni dei dati condotte all'interno del Progetto INTEGRA evidenziano una estrema varietà, rispetto alle provenienze, delle pazienti (Tab.1).

La migrazione in Friuli Venezia Giulia è caratterizzata da una maggiore eterogeneità. Sono presenti inoltre popolazioni le cui basi culturali si differenziano in maniera molto più accentuata. In Slovenia le straniere provengono prevalentemente dall'ex Jugoslavia e dall'Europa dell'est.

Fra il 2006 e il 2017 i ricoveri di donne straniere (e dei loro neonati) presso il Burlo sono aumentati: nel 2017 le prestazioni a pazienti straniere sono state quasi 17000 e hanno riguardato in primo luogo donne rumene (17%), seguite da serbe (15%), ex URSS (7%), ma anche America Latina (7%), Africa islamica (6%), Bangladesh (5%) e Kosovo (5%) (3).

L'analisi dei ricoveri dell'ospedale di Postumia indica che, nel periodo 2012-2017 su un totale di 605 pazienti straniere, la maggior parte provenivano da Bosnia (23.5%), Macedonia (10.2%), Kosovo (10.1), Serbia (8.9%) e Croazia (7.4%).

Agli operatori sanitari che si trovano ad interagire con una paziente straniera sono richieste competenze aggiuntive che permettano loro di tenere sempre conto della sua specifica provenienza, della sua storia di migrazione e del suo sistema di credenze per:

- comprenderne gli effetti sulla salute;
- costruire una adeguata relazione terapeutica;
- usare test di screening appropriati;
- offrire cure e servizi in modo culturalmente competente.

Alcuni autori hanno rilevato che la formazione tradizionale non affronta a sufficienza questi temi e buona parte del personale sanitario sente la necessità di acquisire nuove competenze (4).

I 115 operatori sanitari del Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia del Burlo (88,5% delle persone contattate) che hanno compilato un questionario anonimo in proposito hanno espresso la propria necessità di acquisire maggiori conoscenze su comunicazione e competenza culturale, cultura/religione/usanze, vissuti relativi alla maternità e al puerperio, soprattutto in relazione a quei Paesi con cui sentono di incontrare particolari difficoltà: Afghanistan, Bangladesh, Pakistan, Nigeria e Kosovo.

Le interviste al personale realizzate presso l'Ospedale di Isola e le Case di salute di Capodistria,

Isola e Pirano hanno fatto emergere analoghi bisogni formativi, la necessità di introdurre la figura del mediatore culturale e particolari difficoltà con donne provenienti dal Kosovo. I focus group condotti presso l'Ospedale ginecologico e materno di Postumia hanno evidenziato la difficoltà nel fornire cure culturalmente competenti alle pazienti straniere a partire non solo dal superamento della barriera linguistica ma anche dalla costruzione di un diverso approccio sistemico che fornisca agli operatori strumenti adeguati per far fronte alle richieste di una utenza sempre più diversificata.

PUNTI CHIAVE

- Le pazienti straniere sono in aumento nei reparti di ostetricia e ginecologia e possono porre problemi di salute e richieste inattese al personale sanitario.
- La formazione tradizionale spesso non comprende una preparazione specifica per rispondere ai bisogni di salute di queste persone.

RACCOMANDAZIONE (grado 3)

Il personale sanitario manifesta il bisogno di avere nuove strategie e di apprendere nuove conoscenze e competenze: è opportuno creare occasioni di formazione specifiche sul tema.

L'impatto dei sistemi sanitari nella salute riproduttiva

Come è stato recentemente riconosciuto dall'OMS (5), l'accesso dei migranti al Sistema Sanitario cambia nei diversi paesi: non tutti si sono adeguati alla Carta dell'Unione Europea dei Diritti Fondamentali. Quando il diritto alla salute e di accesso ai servizi non viene garantito le donne migranti ovviamente presentano un quadro di salute peggiore e ciò è particolarmente vero per quella riproduttiva, come rilevato dal più recente rapporto OMS (6). Data la complessità delle relazioni, la letteratura documenta differenze significative per le donne migranti anche in paesi come l'Italia dove esiste un Sistema Sanitario pubblico con forti standard di tutela.

Non va dimenticato che alla base della migrazione può esserci una richiesta di salute specifica: nel 2013 il 40% delle donne nel mondo non riceveva alcun tipo di cura prenatale, i 2/3 delle morti materne nel mondo (300.000 circa) si sono avute in Africa. L'accesso alla contraccezione in molte aree del mondo è estremamente limitato (7).

Il Piano d'azione per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi 2017-2021, adottato dall'OMS e dall'Europa (8) ha tre obiettivi:

1. consentire a tutte le persone di prendere decisioni informate in merito alla loro salute sessuale e riproduttiva e garantire che i loro diritti umani siano rispettati, protetti e soddisfatti;
2. garantire a tutte le persone di godere del più alto standard raggiungibile di salute e benessere sessuale e riproduttivo;
3. garantire l'accesso universale alla salute sessuale e riproduttiva.

L'OMS (9) individua 5 aspetti prioritari per accelerare il progresso verso gli obiettivi di sviluppo internazionali relativi alla salute riproduttiva stabiliti dal piano d'azione:

1. migliorare le cure in gravidanza, al parto e nel *post partum* e per il neonato;
2. offrire servizi di elevata qualità per la pianificazione familiare, compresi i servizi per l'infertilità;
3. eliminare l'aborto effettuato in condizioni di scarsa sicurezza;
4. combattere le malattie sessualmente trasmesse, tra cui l'HIV, le infezioni degli organi riproduttivi, il cancro alla cervice uterina e altre patologie ginecologiche.
5. promuovere la salute sessuale.

Le nostre Regioni in questi anni assistono anche a una migrazione per bisogni di cure non disponibili nei paesi di provenienza: ricordiamo le donne Kosovare e Albanesi che vengono a raggiungere i mariti e a partorire in Slovenia per poi tornare al paese di provenienza o le donne affette da gravidanze ad alto rischio o con feti affetti da patologie severe che vengono a partorire al Burlo.

PUNTI CHIAVE

- L'accesso ai servizi sanitari dovrebbe essere un diritto garantito a tutti i cittadini come sancito dalla Carta dell'Unione Europea dei Diritti Fondamentali e come obiettivo del Piano d'azione per la salute e i diritti sessuali adottato dall'Europa.
- In Europa si osservano diverse disparità. L'Italia rappresenta un esempio di buona pratica grazie all'introduzione della tessera STP (Straniero Temporaneamente Presente) che dà accesso a tutti i servizi sanitari. Resta l'ostacolo legato al tempo di ottenimento di questo riconoscimento che può determinare dei "buchi di assistenza".
- La Slovenia ha un sistema basato sull'assicurazione obbligatoria associata all'occupazione; le donne migranti non assicurate evitano le cure "non urgenti".

RACCOMANDAZIONI

1. Le pazienti migranti hanno maggiori rischi di salute riproduttiva rispetto alle non migranti (grado 1).
2. Garantire a tutte le pazienti migranti, anche irregolari, l'accesso ai servizi sanitari di cura e screening migliora i risultati di salute (grado 3).

Il contesto di arrivo

Tra i principali fattori che possono limitare l'accesso alle cure ci sono le difficoltà linguistiche, le differenze culturali e le barriere istituzionali (6). In particolare: età inferiore ai 20 anni, essere multipara, non coniugata, poca o nulla conoscenza della lingua, scolarità inferiore ai 5 anni, gravidanza imprevista e nessuna assicurazione sanitaria si associano a un aumentato rischio di cure inadeguate (9). Sebbene l'arrivo nel paese di accoglienza rappresenti in genere un miglioramento in termini di opportunità di accedere a cure di qualità, spesso il vantaggio non è immediato (10). In Europa la situazione delle donne migranti continua a essere eterogenea ed a maggior rischio perché il diritto alle cure è spesso limitato dallo status di migrante e le barriere variano notevolmente da un paese all'altro (9).

PUNTO CHIAVE

Il diritto alla salute è limitato dallo status di migrante e da numerose barriere, tra le quali:

- necessità di pagare alcune cure (discriminazione non applicata in Italia, ma i percorsi burocratici sono lenti; in Slovenia sono garantite le cure di base, ma è obbligatoria l'assicurazione - alcune prestazioni sono a pagamento);
- difficoltà linguistiche e di comunicazione;
- difficoltà burocratiche;
- scarsa conoscenza dei servizi sanitari e difficoltà a raggiungerli.

RACCOMANDAZIONE (grado 3)

Favorire in ogni modo la comunicazione con la paziente straniera, utilizzando interpreti, dedicandole tempo, fornendole informazioni semplici e complete anche attraverso materiale informativo scritto ricco di immagini che può facilitare la comprensione e l'accesso ai sistemi sanitari.

La salute riproduttiva: indicatori di salute e fattori di rischio

Il ricorso alle interruzioni di gravidanza: significato e studio di un indicatore di salute riproduttiva

La relazione 2018 del Ministero della Salute italiano (11) documenta che, dopo un aumento importante associato all'aumento dell'immigrazione, le IVG fra le straniere si sono stabilizzate e negli ultimi 3 anni cominciano a mostrare una tendenza alla diminuzione: sono il 30.0% di tutte le IVG nel 2016 rispetto a 31.1% nel 2015. È in diminuzione anche il loro tasso di abortività (15.7 per 1000 nel 2015 rispetto a 17.2 per 1000 nel 2014 e 40.7 nel 2003), permanendo comunque una popolazione a maggior rischio di abortire rispetto alle italiane: per tutte le classi di età le straniere hanno tassi di abortività più elevati delle italiane di 2-3 volte.

Il dato documenta che anche la popolazione straniera proveniente da paesi a più alto indice di ricorso all'aborto (Romania, Moldavia, Ucraina, Unione Sovietica Serbia e paesi dell'est Europa) (12) confrontandosi col sistema sanitario italiano accede alle informazioni relative alla contraccezione e alla contraccezione stessa, avvicinandosi ai comportamenti delle italiane (dato confermato anche per l'aborto ripetuto).

La percentuale di IVG effettuate da donne con precedente esperienza abortiva è risultata pari al 26.4% (26.9% nel 2014), valore simile a quello rilevato negli ultimi 10 anni. Le percentuali corrispondenti per cittadinanza nel 2016 sono 22.1% per le italiane e 37.0% per le straniere (erano 20.8% e 37.7%, rispettivamente, nel 2012). La percentuale di aborti ripetuti riscontrata in Italia è più bassa rispetto a quella degli altri Paesi. Anche questo dato conferma l'efficacia degli interventi previsti dalla legge 194/78.

Nella Regione FVG, si è assistito tra il 2015 ed il 2016 a una diminuzione del 7,5% del ricorso all'interruzione di gravidanza. Nell'ambito di un progetto CCN la Regione FVG attraverso l'IRCCS Burlo Garofolo, ha attivato percorsi di formazione specifica per gli operatori per la Prevenzione dell'IVG tra le donne straniere.

L'Italia si è dotata di una specifica scheda di rilevazione anonima a scopo statistico (Modello D12) per studiare il fenomeno dell'interruzione di gravidanza. Questo permette di avere informazioni specifiche diverse da quelle raccolte nelle cartelle cliniche e dati epidemiologici aggiornati.

Non abbiamo a disposizione dati ufficiali per la Slovenia riguardanti le interruzioni di gravidanze delle donne immigrate in quanto le cartelle cliniche degli ospedali e degli ambulatori medici specialistici non prevedono la registrazione relativa al paese di nascita della donna o al suo stato di migrante.

PUNTO CHIAVE

Prove di elevata qualità indicano che l'interruzione di gravidanza, anche ripetuta, è più frequente tra le cittadine migranti in Italia e un indicatore di rischio per la salute riproduttiva.

RACCOMANDAZIONE (grado 3)

Fornire adeguata consulenza contraccettiva alle pazienti straniere.

Indicatori di salute riproduttiva proposti dal progetto INTEGRA

Gli indicatori di salute sono strumenti che possono guidare i comportamenti dei sistemi sanitari e degli operatori. Ogni paese dovrebbe quindi confrontare i suoi interventi sanitari in base agli indicatori internazionali e ai dati epidemiologici ed elaborare, in funzione di questi, indicatori di salute specifici. La WHO (13) ha infatti evidenziato che tutti gli indicatori presentano dei limiti e sarebbe opportuno svilupparli in modo che siano adatti agli obiettivi perseguiti.

PUNTO CHIAVE

L'esperienza italiana relativa al monitoraggio delle IVG e la scheda CEDAP relativa a tutte le gravidanze in FVG evidenziano l'utilità di osservare alcuni problemi di salute (indicatori) attraverso schede specifiche di raccolta dati.

In base ai dati epidemiologici e alle indicazioni di letteratura gli indicatori proposti dal progetto INTEGRA perché potrebbero essere utili nel verificare l'efficacia degli interventi, sono i seguenti:

Indicatori di salute sessuale e riproduttiva generali:

- numero dei controlli in gravidanza;
- numero di figli e distanziamento tra le nascite;
- numero di interruzioni di gravidanza dal momento di accesso nel nuovo paese;
- pratiche di interruzione di gravidanza non sicure;
- incremento ponderale eccessivo in gravidanza;
- accesso al pap test;
- accesso alla contraccezione;
- accesso al test HIV in gravidanza.

Indicatori di efficacia dell'intervento sanitario in tema di salute sessuale e riproduttiva in funzione delle aree geografiche di provenienza:

- numero di donne con mutilazioni genitali femminili (MGF) accolte e numero di percorsi di protezione delle bambine attivati;
- numero di matrimoni forzati riconosciuti da parte degli operatori sociosanitari e numero di servizi di supporto attivati;
- numero di percorsi di supporto sociosanitario nelle gravidanze in giovanissima età attivati per favorire la salute e le libere scelte riproduttive;
- numero di donne vittime di tratta individuate e numero di percorsi di informazione relativa alle leggi di protezione nel paese ospitante attivati.

Indicatori di salute generale intesa come integrazione:

- conoscenza della lingua del paese di accoglienza: numero di donne straniere intercettate dal SSN che accedono a corsi di lingua;
- conoscenza della legislazione e del sistema sanitario del paese di accoglienza: numero di donne straniere accolte nel SSN che vengono informate sulla legislazione in materia di sanità e consenso informato e sui diritti delle donne nel paese di arrivo.

Linee guida e buone pratiche generali per i Sistemi Sanitari

Avvalersi del mediatore culturale

In Friuli Venezia Giulia, anche se non vi è ancora una normativa specifica, è prevista la figura del mediatore culturale in ambiente ospedaliero: “l’operatore che favorisce i contatti delle cittadine e dei cittadini stranieri immigrati con le istituzioni, ne agevola i rapporti interindividuali e l’accesso ai servizi pubblici e privati e li assiste nel collegamento con il mondo del lavoro, agendo nel rispetto dell’autonomia degli individui stessi e con equidistanza fra le parti” (D.G.R. 3062/2006). L’Ospedale Burlo Garofolo prevede l’utilizzo dei mediatori culturali nei casi indicati nel riquadro 2. La struttura, nello stesso documento, sottolinea che è fondamentale il rispetto dei diritti del cittadino straniero, assicurandogli ogni supporto necessario alla piena comprensione delle informazioni nella nostra lingua riguardo il percorso di cura.

Riquadro 2 - (PRO_URP_0003_00) Richiesta del servizio di mediazione culturale

Gli interventi di mediazione culturale possono essere richiesti dagli operatori sanitari per tutti i cittadini stranieri assistiti presso l’Istituto che ne abbiano bisogno, a prescindere dal possesso o meno del permesso di soggiorno.

Il Servizio di mediazione culturale si richiede quando:

- l’utente non è in grado di comunicare con il professionista in autonomia o per il tramite di suo delegato (rete di supporto familiare o amicale; È SCONSIGLIATO dal regolamento del SS Regionale avvalersi dei bambini come traduttori);
- l’operatore sanitario ritiene, in base alla sua valutazione professionale, che la delicatezza e/o la complessità del caso richiedano l’intervento di un mediatore culturale.

Benché le pazienti straniere provengano soprattutto da Romania, Serbia ed Ex URSS, la lingua più richiesta in assoluto nel 2017 per il servizio di mediazione è il bengalese (quasi 100 interventi), seguito dall’albanese, dal cinese e poi da arabo e inglese in egual numero. Questi dati indicano chiaramente che il maggiore impegno di questo servizio viene richiesto da un gruppo ristretto di

pazienti straniere che probabilmente non imparano l'italiano, mentre il gruppo cospicuo di pazienti rumene o dei paesi dell'est risulta abbastanza autonomo.

In Slovenia la presenza di un mediatore o almeno di un interprete non è prevista in contrasto con quanto affermato a livello giuridico, dove è previsto che ogni paziente ha il diritto di comprendere ed essere compreso durante l'intero iter terapeutico². La presenza di un interprete sarebbe auspicabile almeno per le pazienti che non parlano sloveno, italiano, inglese o altre lingue conosciute (14).

I problemi maggiori di comunicazione e traduzione riguardano le donne Albanesi provenienti dal Kosovo e Macedonia o che risiedono nel paese come rifugiate. Dal momento che non è previsto un interprete, il personale deve trovare autonomamente delle strategie e a volte, quando non sono disponibili nemmeno parenti o amici, ricorre alle traduzioni automatiche con il cellulare o alla comunicazione non verbale.

Dedicare tempo alla raccolta del consenso informato

Alcune pazienti straniere provengono da culture in cui il ruolo della donna è ancora profondamente subordinato ed è per loro consuetudine chiedere e attendere il consenso del marito in qualsiasi intervento. Ciò nonostante, secondo la Costituzione italiana (art. 2), la legislazione Slovena ed Europea (*Patient Rights Act 2008*) il consenso informato deve provenire volontariamente e autonomamente dalla paziente, quindi la comunicazione deve essere diretta e centrata sulla donna, non sul mediatore culturale o altri familiari presenti, anche quando la stessa appare dipendere dal loro giudizio.

Riquadro 3 - Problemi associati al consenso informato con le pazienti straniere

Il consenso informato, regolato in Italia dalla legge 145/2001³ implica cinque condizioni preliminari:

- la presentazione completa da parte del medico di tutte le informazioni rilevanti;
- la capacità del paziente di valutare cosa significa l'informazione;
- la comprensione dei fatti e delle problematiche del paziente;
- la scelta volontaria del paziente;
- l'autorizzazione autonoma del paziente alla terapia.

² KULTURNE kompetence in zdravstvena oskrba, 2016: www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacijedatoteke/prirocnik_kulturne_kompetence_2016.pdf

³ “Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina”.

Secondo la Costituzione italiana, nessuno può essere sottoposto a interventi medici contro la sua volontà (art. 32). È quindi necessario, per ogni trattamento medico, avere il consenso informato della paziente. Tuttavia, quando una paziente straniera non comprende e non parla bene l'italiano (o altra lingua conosciuta dal personale sanitario) può essere particolarmente difficile garantire un effettivo consenso informato. Differenze culturali e religiose possono interferire con l'adesione al trattamento consigliato.

In Slovenia il consenso informato è regolato dalla legge 15/2008⁴ che prevede il diritto del paziente al coinvolgimento attivo e informato alla scelta del trattamento, a ricevere informazioni quando viene dimesso e a sapere chi partecipa all'intervento. Inoltre, ha diritto a ricevere le informazioni in sloveno o nella lingua della comunità locale quando prevista ufficialmente (in alcune aree la seconda lingua è l'italiano o l'ungherese).

Il mediatore culturale, oltre a conoscere la lingua della paziente e a tradurre fedelmente quanto viene comunicato da entrambe le parti, deve essere in grado di garantire una reale mediazione, non interponendosi nel rapporto medico-paziente, ma affiancando l'interazione. Deve inoltre mantenere assoluta riservatezza e per favorire la fiducia e la libertà di espressione della paziente è opportuno che non ci siano legami di conoscenza personali tra il mediatore e la famiglia e la cerchia ristretta di appartenenza della paziente. Emerge la necessità in alcuni casi di avere interpreti o mediatrici donne perché per alcune pazienti rifugiate è un tabù parlare di certi argomenti davanti a un uomo (15). Molte donne preferiscono un'interprete femminile soprattutto quando si tratta di affrontare temi intimi e delicati (10).

PUNTO CHIAVE

Prove di moderata qualità derivanti da numerosi studi osservazionali, indicano che è meglio evitare l'utilizzo di parenti della donna e preferire un professionista in particolare per quanto riguarda la salute riproduttiva.

RACCOMANDAZIONI (grado 3)

1. È opportuno avvalersi sempre del mediatore quando la paziente non è in grado di comunicare nella lingua italiana (o slovena).
2. Scegliere se possibile una mediatrice donna per affrontare i problemi di salute riproduttiva.
3. La figura del mediatore culturale dovrebbe essere proposta a livello europeo e/o regionale e/o nazionale prevedendo formazione specifica e obblighi di segreto professionale.

Per gli stessi mediatori può essere molto difficile tradurre le informazioni mediche, indicando la necessità di una formazione specifica sul linguaggio medico. Il problema non è di semplice soluzione: ad esempio, alcuni termini (come la cervice uterina) semplicemente non esistono nella lingua Punjabi o Hindi e bisogna ricorrere a immagini o altri stratagemmi per farsi capire (15).

⁴ (ZPacP) Ur. l. RS, št. 15/08 in 55/17: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2017-01-2526/zakon-o-spremembah-in-dopolnitvah-zakona-o-pacientovih-pravicah-zpacpa?h=pacientovih%20pravicah>

Può esistere una difficoltà a fidarsi di un interprete che non si conosce. Quando il mediatore fa parte della stessa comunità, le donne temono che non sia mantenuta la riservatezza. Per questo è opportuno che il mediatore culturale sia effettivamente formato e conosca bene il suo ruolo. Il suo intervento dovrebbe essere utile e gradito per le pazienti che lo necessitano.

In Italia come in Slovenia non esiste la figura “giuridica” del mediatore culturale. Questo pone problemi relativi all’obbligo di segreto professionale che costituisce uno dei pilastri delle relazioni nel sistema sanitario.

Fornire materiale scritto tradotto in più lingue

Per migliorare la comunicazione e l'informazione delle pazienti straniere, al fine di ottenere un effettivo consenso informato, è opportuno avere del materiale scritto tradotto nella lingua d'origine o, quando ciò non sia possibile, in inglese o altra lingua conosciuta. Questa opportunità sembra ancora più utile in contesti in cui non è possibile ricorrere sistematicamente a un interprete o mediatore (14).

Il Progetto INTEGRA ha prodotto:

- brochure riguardanti la pianificazione familiare in 9 lingue oltre all'italiano (inglese, francese, sloveno, serbo-croato, rumeno, albanese, arabo, turco, bengalese). Il materiale informativo tratta le tematiche della contraccezione, dell'interruzione di gravidanza e dell'accesso alla contraccezione d'emergenza e fornisce alcune informazioni sui diritti delle donne e su altri servizi utili;
- lettera di dimissione dopo il parto, in 9 lingue con indicazioni per il puerperio, indirizzo dei consultori familiari per il sostegno all'allattamento ed alla contraccezione.

Pensare agli screening

Le pazienti che arrivano da paesi in via di sviluppo spesso non hanno avuto la possibilità di effettuare esami di screening consueti e/o possono riportare infezioni o patologie oramai rare o sconfitte nel paese di accoglienza ma ancora diffuse altrove. Alcune organizzazioni suggeriscono dei protocolli utili per tutte le donne rifugiate e/o immigrate da paesi in via di sviluppo. Vedi riquadri 4 e 5.

- Emocromo e test urine;
- esame delle feci per uova e parassiti;
- epatite B (HbSAg) HVC VDRL- TPHA BHCG se indicato;
- tampone per clamidia e gonorrea;
- TSH se la paziente ha più di 50 anni oppure se proviene da un'area di rischio per esposizione a radiazioni come Cernobyl o l'Ucraina;
- test della Mantoux.

Riquadro 5 - Raccomandazioni⁵ della CMA (16) per la cura dei migranti[°]

Malattie infettive

- Si consiglia la vaccinazione con una dose unica per tutti gli adulti per cui non si hanno certificati o notizie certe su morbillo, parotite, rosolia (Alto).
- Si consiglia di usare una serie primaria di vaccino per difterite, tetano e polio (tre dosi) la prima delle quali contenga il vaccino per la pertosse acellulare (Alto).
- Per la varicella effettuare lo screening degli anticorpi su tutte le persone che provengono da paesi tropicali e vaccinare chi risulta suscettibile al siero (Moderato).
- Fare lo screening per l'epatite B a tutti gli adulti che provengono da paesi a rischio (Africa, Asia, Europa dell'Est); riferire a uno specialista se si rileva infezione cronica e vaccinare le persone suscettibili (Moderato).
- Fare lo screening per la tubercolosi su adolescenti < di 20 anni e su adulti di 20-50 anni provenienti da paesi con elevata incidenza prima possibile (Alto).
- Fare il test per l'HIV, con il consenso informato, ad adolescenti e adulti che provengono da paesi in cui la prevalenza è >1% (Africa sub-sahariana, Thailandia e alcune regioni dei Caraibi) (Moderato).
- Fare lo screening per l'epatite C a chi proviene da paesi in cui la prevalenza è ≥ 3% (Moderato).
- Parassiti intestinali: fare lo screening per lo Strongyloides ai pazienti che provengono dal sud est asiatico e dall'Africa (se positivi trattare con ivermectin); fare lo screening per Schistosoma a chi proviene dall'Africa (e trattare i positivi con praziquantel) (Moderato).
- Malaria: lo screening non è consigliato di routine, ma prestare attenzione ai sintomi nei migranti che provengono o hanno viaggiato in paesi in cui è diffusa, come l'Africa sub-sahariana (Basso).

[°]Alto: evidenze elevate; Moderato: evidenze modeste; Basso: evidenze contrastanti o non confermate

5 Come indicatori di salute sessuale e riproduttiva sono stati considerati validi e utili tutti quelli proposti dalla CMA perché tutte le malattie elencate sono potenzialmente presenti tra le donne immigrate in Italia (meno in Slovenia).

Malattie croniche

- Diabete mellito di tipo 2: effettuare lo screening su gravide migranti e rifugiate di età > 35 che provengono da paesi ad elevato rischio come Asia del sud, America Latina e Africa (Moderato).
- Anemia da carenza di ferro: effettuare lo screening delle donne in età riproduttiva (con l'emoglobina), se è presente raccomandare un supplemento di ferro se appropriato (Moderato).

Salute riproduttiva

- Contraccezione: individuare i bisogni di contraccezione non soddisfatti e offrire il metodo più adatto (Moderato).
- Papilloma virus: vaccinare tutte le donne di età 9-26 (Moderato).
- Citologia cervicale: fare il Pap-test a tutte le donne sessualmente attive (Basso).
- Gravidanza: la situazione di migrante aumenta l'isolamento, ciò è associato a maggiore morbilità e rischio di avere un bambino piccolo per l'età gestazionale; studiare interventi per ridurre l'isolamento sociale (Molto basso). Fare attenzione alla presenza di emoglobinopatia, esposizione a rischi sul lavoro, mutilazioni genitali femminili e se la gravidanza è frutto di una violenza.

Violenza dal partner

- Non è necessario fare lo screening di routine ma prestare attenzione ai segnali. La situazione di migrante aumenta il rischio rispetto al resto della popolazione (Moderato).

[°]Alto: evidenze elevate; Moderato: evidenze modeste; Basso: evidenze contrastanti o non confermate

Approfittare dei percorsi di salute per far comprendere alle pazienti che la conoscenza della lingua è uno strumento di salute

La scarsa conoscenza della lingua italiana (o slovena) è sia direttamente che indirettamente associata a rischi concreti per la salute.

Lo è direttamente perché impedisce alla donna di comunicare chiaramente problemi e sintomi, rendendo più difficile la diagnosi e l'intervento tempestivo in caso di bisogno, e perché ostacola la richiesta di aiuto e la comprensione delle informazioni fornite dal personale sanitario, oltre che del complicato funzionamento dei servizi e del sistema sanitario.

Lo è indirettamente perché di fatto impedisce l'integrazione nel paese ospitante. Ciò può contribuire all'isolamento, alla maggiore dipendenza dal marito o dai familiari che invece riescono a

⁶ Come indicatori di salute sessuale e riproduttiva sono stati considerati validi e utili tutti quelli proposti dalla CMA perché tutte le malattie elencate sono potenzialmente presenti tra le donne immigrate in Italia (meno in Slovenia).

comunicare con l'esterno, e quindi aumentare la vulnerabilità a situazioni di dominio o violenza, allo sviluppo di disagi derivanti dal disadattamento.

In gravidanza, l'isolamento è associato per le donne migranti a un maggiore rischio di morbidità e di avere un bambino piccolo per l'età gestazionale (16).

Nella pratica, la mancanza di conoscenza linguistica del paese ospitante si traduce poi in scarso ricorso ai programmi di screening di prevenzione e di diagnosi precoce con risultati peggiori in termini di salute e aumento dei costi per il sistema sanitario (ad esempio, lo scarso ricorso alla contraccezione può comportare il ripetersi di interventi di interruzione volontaria di gravidanza o la mancanza di cure prenatali, come i controlli per il diabete, può portare a complicazioni intra o post parto) (6; 17).

Le pazienti straniere ricoverate all'Ospedale Burlo Garofolo (interviste mirate) per il 40% parlano poco o per niente italiano. La maggior parte sarebbe interessata a seguire dei corsi, ma spesso non hanno la libertà di farlo o il tempo a causa dei figli o di altri impegni familiari. Analoghi risultati sono emersi dai questionari e dalle interviste semi-strutturate realizzate nell'Ospedale ginecologico e materno di Postumia: la barriera linguistica rappresenta un ostacolo significativo per accedere a cure adeguate.

Sia in Italia che in Slovenia, per ottenere la cittadinanza, secondo le normative europee, è necessario superare un esame di base sulla lingua italiana e la conoscenza della costituzione. Tuttavia molte donne kosovare che vivono da anni in Slovenia o donne di altre nazionalità (pachistane, turche) che vivono da anni in Italia, non parlano la lingua del paese ospitante.

A volte le donne non parlano in presenza dei familiari ma lo fanno quando rimangono da sole in assenza del marito o altri parenti.

Gli operatori devono sempre pensare all'opportunità di colloqui individuali.

Affiancare alle cure sanitarie l'insegnamento della lingua

Al fine di superare queste difficoltà, nel corso del progetto INTEGRA, si è avviata l'organizzazione di lezioni di italiano individuali e di gruppo nell'ospedale Burlo Garofolo. Le pazienti vengono informate e invitate a frequentare queste lezioni, mentre attendono una visita o durante un ricovero. In questo modo non hanno bisogno di uscire di casa, di trovare a chi affidare i figli o di chiedere il permesso al marito o ad altri familiari che potrebbero essere contrari. L'insegnante fornisce i primi rudimenti per comprendere e comunicare sintomi e disagi in un'atmosfera accogliente e rilassante. Le donne interessate possono richiedere altre lezioni ogni volta che arrivano in ospedale e vengono informate anche sull'esistenza di corsi istituzionali esterni.

Affiancare alle cure informazioni sulla legislazione del paese ospitante può favorire la salute

Conoscere i propri diritti è fondamentale per accedere ai servizi e agli aiuti di cui si ha bisogno. Ecco perché è indispensabile informare le pazienti straniere su legislazioni in tema di:

- parità di genere;
- tutela delle vittime di tratta;
- legislazione relativa al divieto di mutilazioni genitali;
- protezione delle vittime di violenza;
- tutela della gravidanza e possibilità di accedere all'interruzione della gravidanza.

Diverse pazienti straniere provengono da paesi in cui le donne hanno un ruolo subordinato e in cui i loro diritti non sono pienamente tutelati.

Scelte consapevoli di salute come la pianificazione familiare, gli esami di screening, i controlli periodici in gravidanza non sono scontate.

In alcuni paesi non è possibile ottenere un'interruzione di gravidanza in condizioni di sicurezza e quindi è frequente il ricorso all'aborto illegale.

PUNTI CHIAVE

- Le pazienti che non parlano la lingua del paese ospitante non sono integrate e hanno maggiori rischi per la salute; potremmo dire infatti che “la parola è salute”.
- L'autorevolezza dell'istituzione ospedaliera e del personale sanitario costituisce un elemento chiave per validare le informazioni che vengono veicolate.

RACCOMANDAZIONI

1. È opportuno favorire in ogni modo l'apprendimento della lingua del paese ospitante, come percorso di salute, prevedendo anche lezioni e supporti nello stesso ospedale (grado 3).
2. Le pazienti dovrebbero ricevere ogni volta che è possibile materiale informativo tradotto nella loro lingua (grado 3).
3. Alla dimissione, è opportuno fornire una lettera di dimissione con tutte le indicazioni necessarie scritte in una lingua comprensibile alla paziente (grado 2).

Nel progetto INTEGRA sono stati predisposti video con informazioni di base su vari argomenti, tra i quali vengono esposte con un linguaggio molto semplificato ed efficace (e con la traduzione in diverse lingue) anche alcune norme sui diritti delle donne (ad esempio, il contrasto alle MGF, il diritto all'aborto sicuro, la violenza di genere). I video verranno proiettati nelle sale d'aspetto di diversi reparti in Italia e Slovenia.

ITALIA

Assistenza sanitaria garantita a TUTTE per:

- tutela della gravidanza e della maternità;
- tutela della salute del minore;
- vaccinazioni (campagne di prevenzione collettiva);
- diagnosi e cura delle malattie infettive.

Se irregolare, codice STP (Straniero Temporaneamente Presente) - equiparato ai cittadini italiani - (contributo/esenzione ticket in base al reddito - assenza di ticket per le prestazioni in gravidanza).

Se donna europea che non ha titolo per iscriversi al SSN ed è in Italia da più di 3 mesi, tessera ENI (Europeo Non Iscrivibile) per 6 mesi.

Se donna europea che ha diritto a copertura assicurativa nel proprio Paese, TEAM (Tessera Europea di Assicurazione Malattia).

SLOVENIA

Migranti stessi diritti e doveri dei cittadini stranieri: assicurazione sanitaria individuale, obbligatoria.

L'assicurazione sanitaria a copertura totale è garantita a:

- minori;
- studenti <26 regolarmente iscritti;
- per determinate malattie e condizioni (per le donne, screening e tutela della maternità).

I migranti privi di documenti hanno diritto solo alle cure di emergenza.

I richiedenti asilo hanno diritto a:

- cure mediche di emergenza;
- trattamento di emergenza su decisione del medico presente;
- assistenza sanitaria per le donne.

7 Legge 40/1998, "Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" - ribadisce la gratuità delle prestazioni in tema di tutela della maternità anche in caso di interruzione di gravidanza, e concede alle cittadine straniere non regolari un permesso di soggiorno se gravide.

8 National institute of public health, Slovenia (2016). *Slovenian health system navigation guide for migrants*. <http://careformigrants.eu/wp-content/uploads/2017/01/booklet-Slovenia-English.pdf>

Linee guida e buone pratiche per tutte le pazienti straniere

Contracezione e prevenzione del ricorso all'interruzione di gravidanza

La cultura di provenienza può interferire con la scelta contraccettiva. In Italia i Consultori Familiari sono le strutture sanitarie più idonee per affiancare le donne nelle scelte contraccettive potendo avvalersi di diverse figure professionali (ginecologo, psicologo, assistente sociale). In Slovenia, le donne che hanno l'assicurazione di base possono accedere al ginecologo di base per le stesse prestazioni in ambulatori plurispecialistici simili, affiancati anche dall'operatore sociale.

PUNTO CHIAVE

In alcuni paesi non è consentito alle donne pianificare le gravidanze e acquisire conoscenze sul funzionamento del proprio corpo, della sessualità e della contraccezione è culturalmente ostacolato.

RACCOMANDAZIONI

1. Proporre e/o fornire la contraccezione già al momento dell'interruzione di gravidanza o alla dimissione dal parto (grado 3).
2. Fornire alla donna la possibilità di colloqui individuali (grado 3).
3. Fornire materiale informativo tradotto nella lingua della paziente relativo alla contraccezione e, in caso di bisogno, alla possibilità di effettuare una IVG legalmente⁹ (grado 3).
4. Attraverso il colloquio e la comunicazione accogliente sondare l'atteggiamento della donna e, eventualmente, del partner verso la contraccezione aiutandoli a scegliere il metodo contraccettivo che preferiscono senza mettersi in opposizione (grado 1).
5. Ricordare l'esistenza di possibili situazioni di subordinazione, discriminazione e violenza (grado 3).
6. Inviare le pazienti al Consultorio Familiare di pertinenza in Italia come struttura del SS creata appositamente per affiancarla nel percorso contraccettivo. Inviare le pazienti dal ginecologo territoriale con un appuntamento per contraccezione alla dimissione dall'ospedale dopo il parto o IVG in Slovenia (grado 3).

Metusela et al. (18) hanno intervistato in profondità donne provenienti da Somalia, Sudan, India, Afghanistan, Sri Lanka, Sud America, Iraq. Gran parte del loro campione riconosceva di avere scarse conoscenze sulla contraccezione, ma anche sul funzionamento del ciclo mestruale e sugli strumenti di screening.

⁹ In Italia l'interruzione volontaria di gravidanza è disciplinata dalla Legge 194/1978, "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza".

In Slovenia, è regolata dall'*Health Measures in Exercising Freedom of Choice in Childbearing Act* (Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok), 26 April 1977, e ulteriori modifiche, <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO408>.

vd. anche: [www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2015/510010/IPOL_STU\(2015\)510010_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2015/510010/IPOL_STU(2015)510010_EN.pdf)

Le donne somale, afghane, sudanesi e irakene raccontano che per loro era impensabile parlare della sessualità prima del matrimonio.

Molte donne del campione riferivano che era normale ricevere pressioni alla procreazione per avere un figlio maschio.

I rapporti sessuali con il marito non potevano essere rifiutati e non era possibile affrontare il tema del disagio o del dolore durante i rapporti.

In alcuni paesi dell'Africa e dell'America Latina il condom nell'immagine popolare è associato a infedeltà e promiscuità e quindi male accettato.

In alcune popolazioni vengono imposte alcune restrizioni, ad esempio evitare rapporti sessuali durante le mestruazioni e quindi i metodi che possono provocare come effetto collaterale *spotting* risultano problematici.

Le donne che provengono da paesi in via di sviluppo spesso ignorano che esiste la contraccezione d'emergenza. Nei paesi dell'est Europa è diffuso il ricorso all'interruzione di gravidanza come metodo contraccettivo.

Prevenzione e tutela delle vittime di violenza

Si stima che il 30% delle donne in media nel mondo subisca nel corso della vita violenza da un partner o violenza sessuale da altri uomini. Per quanto riguarda la violenza sessuale, mentre per la legge italiana i rapporti imposti con la forza costituiscono violenza anche all'interno del matrimonio (art. 609 bis c.p.), ciò non è riconosciuto in altri paesi.

La violenza contro le donne è un serio problema di salute perché comporta diverse conseguenze a livello fisico, psichico, sessuale (19). Sono state identificate anche alcune possibili conseguenze strettamente rilevanti per la salute sessuale e riproduttiva: gravidanze indesiderate, ricorso all'aborto illegale, malattie sessualmente trasmesse, complicazioni in gravidanza e aborti spontanei, infezioni e sanguinamenti vaginali, infezioni pelviche croniche, infezioni del tratto urinario, fistole, rapporti sessuali dolorosi, disfunzioni sessuali.

La letteratura documenta che la gravidanza non protegge ma aumenta il rischio di subire violenza. Secondo i dati dell'ospedale Burlo Garofolo (2018), ogni anno si presentano in media 15 donne al Pronto Soccorso per violenza sessuale. L'11% delle donne che richiedono una IVG e il 2,5% di quelle che partoriscono ha subito violenza dal partner (20). Nella regione FVG da alcuni anni si è investito molto nella formazione degli operatori sanitari per far fronte ed individuare soprattutto nel pronto soccorso le donne vittime di violenza che si presentavano con problemi di salute correlati.

In Slovenia esiste un protocollo che obbliga il personale sanitario a segnalare i casi di violenza. Analogamente in Italia gli operatori sanitari hanno l'obbligo¹⁰ di segnalare all'autorità giudiziaria tutte le situazioni di violenza per cui è prevista la procedibilità d'ufficio come il reato di 'maltrattamento in famiglia o verso fanciulli' (art. 572 c.p.p.) o quando la prognosi supera i 20 giorni (art. 582 c.p.p.). Sono stati adottati atti come il *Domestic Violence Prevention Act* del 2008 che riconosce il bisogno di ulteriore regolamentazione in questo campo. Importante è il ruolo delle associazioni non governative, come i centri antiviolenza (21).

Secondo l'indagine europea FRA, in Slovenia il 13% delle donne e in Italia il 19% hanno subito violenza fisica o sessuale da un partner (22% e 27% se si considerano anche altri autori).

La difformità di dati pure in aree geografiche vicine può dipendere dalla propensione delle donne a denunciare, ma anche dalla formazione costante degli operatori del Pronto Soccorso.

¹⁰ Art. 331c.p.p. - Denuncia da parte di pubblici ufficiali e incaricati di un pubblico servizio.

RACCOMANDAZIONI

1. Le linee guida WHO (19) indicano che non è necessario chiedere a tutte le donne che arrivano ai servizi sanitari se hanno subito violenza se non ci sono segnali d'allarme (grado -1).
2. Lo screening relativo alla violenza va fatto ogni volta che una donna proviene da una situazione a rischio o presenta dei sintomi che possono rimandare a un trauma, sempre in caso di richiesta di interruzione volontaria di gravidanza (grado 3).
3. La formazione degli operatori è fondamentale per permettere di individuare nei problemi di salute, soprattutto in IVG e gravidanza, il fenomeno della violenza (grado 3).
4. Gli operatori devono essere consapevoli del fatto che la violenza costituisce un problema di salute (grado 3).
5. La formazione specifica sul tema dovrebbe essere ripetuta in Italia e Slovenia periodicamente in maniera stabile (grado 3).

Tutela delle vittime di tratta

Se la paziente straniera è stata vittima di tratta, in Italia l'art. 18 Dlgs 286/1998¹¹ prevede il rilascio di uno speciale permesso di soggiorno e la partecipazione a un programma di assistenza e integrazione sociale. Il permesso di soggiorno per protezione sociale (per motivi umanitari) può essere rilasciato sia in seguito a una denuncia della vittima (*percorso giudiziario*, su proposta o previo parere del Procuratore della Repubblica) sia in assenza di questa (*percorso sociale*). Quest'ultima possibilità lascia libera la persona sfruttata di non esporsi al rischio di ritorsione a seguito di denuncia. Il permesso ha un'iniziale validità di 6 mesi ma alla scadenza può essere rinnovato per motivi di lavoro o di studio, consentendo così la completa e definitiva integrazione dello straniero nel contesto sociale (ASGI).

In Slovenia, per la tutela delle vittime di tratta la situazione è molto simile in quanto vengono seguite le stesse normative europee (Convenzione del Consiglio d'Europa sull'Azione contro la Tratta di Esseri Umani, adottata a Varsavia il 16 maggio 2005, ratificata dall'Italia nel 2010 e dalla Slovenia nel 2009)¹².

PUNTI CHIAVE

- La violenza contro le donne è diffusa nel mondo: le pazienti migranti per la loro situazione di maggiore vulnerabilità sono ancora più a rischio.
- La donna potrebbe riportare conseguenze per la salute riproduttiva a causa delle violenze subite.

11 Testo Unico sull'immigrazione, Decreto Legislativo 286/98 e succ.

12 Convenzione del Consiglio d'Europa sulla lotta contro la tratta di esseri umani e relazione esplicativa, Varsavia 2005.

RACCOMANDAZIONI (grado 3)

1. Applicare le raccomandazioni dell'OMS in tema di accoglienza in ospedale delle donne vittime di violenza (19).
2. Prestare attenzione alle richieste di IVG o agli aborti spontanei, alle infezioni pelviche e del tratto urinario.
3. Se è necessario l'uso di un mediatore, preferire una mediatrice sensibile al tema della violenza di genere.
4. Coinvolgere il Centro Antiviolenza.

Attenzione alla diversa alimentazione in gravidanza

In numerosi paesi, specialmente quelli in via di sviluppo, la donna cambia alimentazione durante la gravidanza. Questi cambiamenti possono essere legati al cambiamento di gusti, alla disponibilità di cibo, ma anche a tradizioni del proprio paese solitamente trasmesse oralmente tra le donne e che, una volta emigrate, si portano con loro in maniera variabile (22).

Si evidenzia la tendenza di alcuni popoli ad aumentare la quantità di cibo assunto mentre altri tendono a ridurre la quantità.

La capacità d'integrare i cibi tradizionali con l'alimentazione del paese ospitante dipende da diversi fattori come la disponibilità di cibo, le possibilità economiche, l'età media del nucleo familiare, il paese di provenienza e la religione.

Generalmente si assiste alla costituzione di una dieta occidentale o mista caratterizzata però da un aumento della quantità di prodotti preconfezionati, di grassi, di sale e zucchero rispetto alla dieta del paese di appartenenza. Come diretta conseguenza di questo si assiste a un incremento di patologie tipiche dei paesi occidentali come l'obesità, il diabete e le patologie cardiovascolari. Le donne si trovano influenzate da una società che non conoscono, dove il cibo più economico è quello meno salubre. Esiste la possibilità di credenze relative a poteri terapeutici di alcuni alimenti.

Per tutte queste considerazioni bisognerebbe incoraggiare le donne a parlare delle loro abitudini alimentari alla prima visita in gravidanza per individuare comportamenti a rischio per la salute anche della prole (23).

La gravidanza, con i controlli periodici, è un ottimo momento per individuare comportamenti scorretti e, correggendoli, migliorare a lungo termine la salute della donna (24).

PUNTI CHIAVE

- La gravidanza è un momento per individuare e correggere comportamenti nutrizionali sbagliati che andrebbero a inficiare la salute della donna e del bambino anche a lungo termine.
- In gravidanza la donna tende a cambiare il tipo di alimentazione. Questi cambiamenti sono legati a variazioni dei gusti tipico della gravidanza, ma talvolta ci sono forti pressioni dalla famiglia per mettere in atto restrizioni legate alla tradizione del paese di origine. A volte invece la tradizione spinge le donne a mangiare meno o di più.

- Spesso gli immigrati tendono a costituire una dieta mista caratterizzata da un eccesso di carboidrati e zuccheri semplici che porta a un aumento dell'incidenza di patologie tipicamente occidentali come l'ipertensione arteriosa e il diabete. Si assiste a un aumento di queste patologie anche in gravidanza.

RACCOMANDAZIONI

1. È importante incoraggiare la donna a parlare delle sue abitudini alimentari durante la prima visita ostetrica per sondare comportamenti a rischio (grado 3).
2. Indagare la disponibilità della donna ad assumere carne nella propria dieta, in caso negativo proporre altre fonti vegetali di proteine e ferro (legumi ad esempio, supplementazione di vit B 6 e 12) (grado 2).
3. I consigli per una corretta dieta in gravidanza vanno tarati sulla persona e quindi tenendo conto di cultura, religione, e caratteristiche della donna (BMI di partenza, etnia etc.) (grado 3).
4. La donna può fare uso di rimedi naturali o medicinali alternativi non noti e/o interferenti col trattamento proposto. È necessario verificarne l'utilizzo con un atteggiamento non giudicante (grado 3).

Problemi sollevati dalla differenza culturale

Rapportarsi a pazienti provenienti da culture differenti dalla propria pone sfide significative al personale sanitario che, per poter garantire ad ognuno le cure adeguate di cui ha diritto, non può prescindere dalla propria e altrui concezione di salute e da tutto ciò che la determina come credenze e pratiche socioculturali derivanti dai singoli contesti (25). Rientra in questo anche il tenere conto dei propri stereotipi e pregiudizi al fine di evitare che questi ostacolino una corretta e piena comprensione delle richieste di cura provenienti dalla paziente straniera.

Aspettative specifiche sul ruolo del medico e sulla medicina

Il significato della medicina e il rapporto medico-paziente possono avere connotati molto diversi in altri paesi. Ad esempio, uno studio statunitense su donne somale rilevava che queste pazienti erano stupite perché i medici ponevano loro molte domande, eseguivano indagini e prescrivevano pochi farmaci. I medici nel loro paese "fanno invece pochissime domande", "il medico dovrebbe conoscere la risposta" e dare immediatamente un farmaco (26). In alcuni casi la malattia viene spiegata con motivazioni religiose e quindi non viene riconosciuto il corretto ruolo del medico (27; 28; 29).

I casi clinici raccolti nell'ambito del progetto INTEGRA confermano queste difficoltà. In questi casi diventa molto importante poterne discutere in équipe allargata e multidisciplinare, anche con l'intervento di un mediatore culturale, di uno psicologo, di un esperto di bioetica, eventualmente coinvolgendo il giudice tutelare.

Dalle interviste in profondità al personale sanitario emerge che pazienti provenienti da contesti culturali particolari (Rom, Sinti e alcuni paesi dell'Europa dell'Est) presentano più frequentemente

elevata sfiducia nei confronti del medico con tutte le implicazioni conseguenti sull'adesione al trattamento e ai controlli consigliati.

RACCOMANDAZIONI

1. Per i casi di pazienti straniere con forte diversità culturale, prevedere un'équipe multidisciplinare che coinvolga un mediatore e altri specialisti ritenuti utili (grado 3).
2. In caso di incomprensioni o difficoltà relative ai consensi alle procedure, avvalersi anche della consulenza del medico legale o del giudice tutelare e/o coinvolgere le Direzioni Sanitarie (grado 2).
3. Dedicare più colloqui e più tempo per informare correttamente sulle conseguenze delle decisioni prese; l'atteggiamento deve essere accogliente per non sollevare sfiducia e risposte difensive (grado 3).
4. Per evitare di trovarsi a gestire situazioni di emergenza con il rifiuto al trattamento da parte della paziente, è opportuno che tutti questi interventi siano effettuati all'inizio, in fase di prima accoglienza, in un'ottica preventiva (grado 3).

Convinzioni religiose che influenzano le scelte delle pazienti

Le pazienti straniere possono avere fedi religiose diverse e più o meno rigide. È importante sottolineare che anche quando la religione ha un'influenza profonda sulla vita di una persona, molto spazio è lasciato all'interpretazione del singolo ed è frequente trovare persone credenti che hanno visioni dalle più tradizionali alle più liberali (30). Il suggerimento della letteratura è di evitare il contrasto con opinioni diverse, non essere giudicanti, ma cercare di accoglierle e comprendere ed aiutare il paziente ad attuare il miglior percorso terapeutico accettabile per sé stesso (28).

La religione può portare a evitare la prevenzione o a ritardare la ricerca di aiuto, a rifiutare interventi invasivi ma necessari, come un taglio cesareo, o a evitare cure d'emergenza (27;28). In ambito di salute riproduttiva un tema delicato è quello della decisione di interrompere una gravidanza in seguito al riscontro di una malformazione fetale. La paziente andrebbe ascoltata e rispettata aiutandola a fare le scelte migliori per lei. Alcune donne accettano di essere visitate solo da medici donna. Dove possibile questo andrebbe rispettato (29).

Concezione diversa dell'individuo e dei rapporti familiari

In alcuni paesi il nucleo familiare è allargato e le decisioni importanti vengono prese dal marito, a volte dalla madre di lui o da altre persone importanti della comunità. Alcune decisioni che riguardano la sfera intima e di coppia, come la scelta di avere figli e quando metterli al mondo, non sono sotto il controllo della donna. La conoscenza di queste situazioni deve indurre a cercare sempre dei momenti di colloquio riservato individuale con le pazienti (29). Dove possibile, se la donna acconsente o lo richiede, e soprattutto in ambito contraccettivo, l'informazione è molto più efficace se data alla coppia e da questa condivisa.

Nel caso delle mutilazioni genitali è molto importante avviare un percorso informativo alla coppia sia per il benessere e la sicurezza della donna sia per le future neonate.

Difficoltà a capire come funziona il sistema sanitario

Il Sistema Sanitario è complesso e potrebbe essere particolarmente complicato per una paziente straniera capire come muoversi e accedere ai servizi. Oltre alla barriera linguistica, uno degli impedimenti è la difficoltà a capire come funzionano i servizi, se sono a pagamento e cosa offrono (31; 32; 33). Questa difficoltà è stata confermata dal personale sanitario intervistato in Slovenia dove l'accesso alle cure, condizionato all'assicurazione, può essere meno comprensibile. Le pazienti spesso non sanno cosa devono pagare e a volte rinunciano alle cure non ritenute urgenti (14).

Per le pazienti straniere può essere molto più complicato trovare il modo per giungere ai servizi perché non hanno un'automobile, non possono pagare un taxi, non sempre hanno qualcuno che le può accompagnare (33). Anche secondo il personale sanitario che ha risposto al questionario INTEGRA in Italia questo è un problema frequente con le pazienti straniere.

Considerando tutte queste difficoltà, sarebbe opportuno offrire alle pazienti straniere informazioni semplici e accurate anche su aspetti che potrebbero sembrare secondari, ad esempio su come arrivare all'ospedale con i mezzi pubblici. In particolare, spiegare che in caso di emergenza possono chiamare un'ambulanza.

Tenerne conto anche nella tempistica dei ricoveri (es. prodromi di travaglio) o nella dimissione *post partum* (anemie).

Aree geografiche e rischi specifici

Di seguito sono indicati alcuni aspetti clinici maggiormente rilevanti a seconda delle aree geografiche di provenienza delle pazienti, come definite dall'OMS.

Africa Sub-sahariana

Le linee guida della CMA (16) e i dati dell'OMS (5) rilevano che pazienti provenienti da questi paesi sono a maggiore rischio di riportare le seguenti infezioni:

- HIV
- Tubercolosi
- Malaria
- Malattie tropicali
- Epatite B
- Parassiti intestinali
- Diabete mellito di tipo 2

In particolare, la diffusione dell'HIV è dieci volte maggiore (4.2%) rispetto all'Europa (0.4%) (33).

RACCOMANDAZIONE (grado 3)

Lo screening per l'HIV viene offerto (gratuitamente) in Italia e (a pagamento) in Slovenia a tutte le donne (anche straniere) in gravidanza.

Vista l'elevata prevalenza in Africa, e per l'occidente in Russia, le donne provenienti da questi paesi dovrebbero essere considerate a rischio e lo screening, considerata l'efficacia sulla protezione della prole, dovrebbe essere raccomandato e gratuito.

Per quanto riguarda la salute riproduttiva ci sono forti rischi che queste pazienti non abbiano ricevuto cure prenatali se in gravidanza, non abbiano avuto accesso a metodi di contraccezione moderni e possano avere avuto gravidanze in giovanissima età. Sembra sia molto diffuso in alcuni paesi anche il consumo di alcolici.

Presenza di mutilazioni genitali femminili (MGF)

Le MGF sono una violazione dei diritti umani delle ragazze e delle donne (35). Si associano a danni permanenti della salute sessuale e riproduttiva. La legge 7/2006¹³ e l'art. 583 bis del codice penale vietano le MGF in Italia. La Slovenia nell'atto di ratifica della Convenzione di Istanbul¹⁴ si è impegnata (art. 38) a realizzare misure volte al contrasto e alla prevenzione delle MGF.

I rischi ostetrici nei paesi in via di sviluppo sono: taglio cesareo, emorragia *postpartum*, episiotomia, travaglio prolungato, lacrime/lacerazioni ostetriche, parto strumentale, travaglio/distocia difficile, prolungamento della degenza materna, nati morti e morte neonatale precoce, rianimazione infantile alla nascita (36). Nei paesi occidentali il trattamento precoce minimizza i rischi ostetrici. La diagnosi e il riconoscimento di queste procedure è di estrema importanza in quanto permette un lavoro di prevenzione, informazione e tutela delle nasciture.

PUNTI CHIAVE

- Molte pazienti che provengono dall'Africa Sub-sahariana sono a rischio di riportare MGF, ma non ne parlano spontaneamente.
- La mutilazione non è una indicazione al taglio cesareo.

RACCOMANDAZIONI (grado 3)

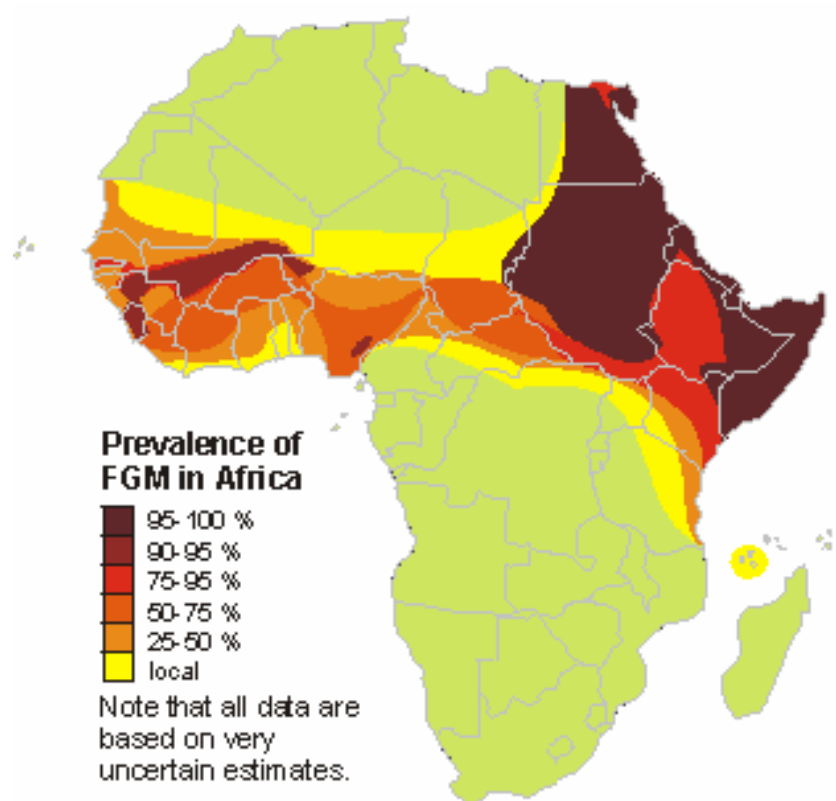
1. È sempre utile chiedere alle donne che provengono da paesi "a rischio" se sono state mutilate o "tagliate" e fornire informazioni sulla legislazione Italiana anche ai fini della protezione delle neonate e delle bambine.

¹³ "Disposizioni concernenti la prevenzione ed il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile".

¹⁴ Act Ratifying the Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence Against Women and Domestic Violence or in Slovenian Zakon o ratifikaciji Konvencije Sveta Evrope o preprečevanju nasilja nad ženskami in nasilja v družini ter o boju proti njima (Uradni list RS - Mednarodne pogodbe, št. 1/15) <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2015-02-0001?sop=2015-02-0001>.

2. In caso di nascita di una bambina da donna mutilata il neonatologo ed il pediatra di famiglia vanno informati per favorire la protezione.
3. Se si riscontra una mutilazione, va indicata nella cartella clinica specificando il tipo.
4. Alle donne che presentano una MGF è opportuno offrire una consulenza con un medico esperto nella ricostruzione dei genitali mutilati.
5. Il percorso di apertura va condiviso con la coppia.
6. L'apertura soprattutto nelle mutilazioni di II e III grado va attuata prima possibile durante la gravidanza per evitare infezioni urinarie, difficoltà nei percorsi diagnostici (ecografie TV, sanguinamenti per aborto) o terapeutici.

Figura 1 - Prevalenza delle MGF UN Agencies (37)



Convinzioni religiose che impediscono di accettare alcuni trattamenti

Da colloqui con alcuni medici intervistati nel corso del progetto INTEGRA, dalla raccolta dei casi clinici e dal confronto con una mediatrice culturale esperta, è emerso che alcune pazienti di questi paesi possono avere difficoltà ad accettare prelievi del sangue, incisioni e interventi invasivi, soprattutto in gravidanza. In questi casi è utile avvalersi dell'aiuto di un mediatore o di un consulente religioso che favoriscano la fiducia nel medico e nel trattamento.

Nord Africa

Questa regione ha in comune alcuni fattori di rischio con l'Africa sub-sahariana; in particolare anche in Egitto si riscontra un'alta prevalenza di MGF e alcune pazienti possono aderire a convinzioni religiose estreme derivanti dalla loro religione.

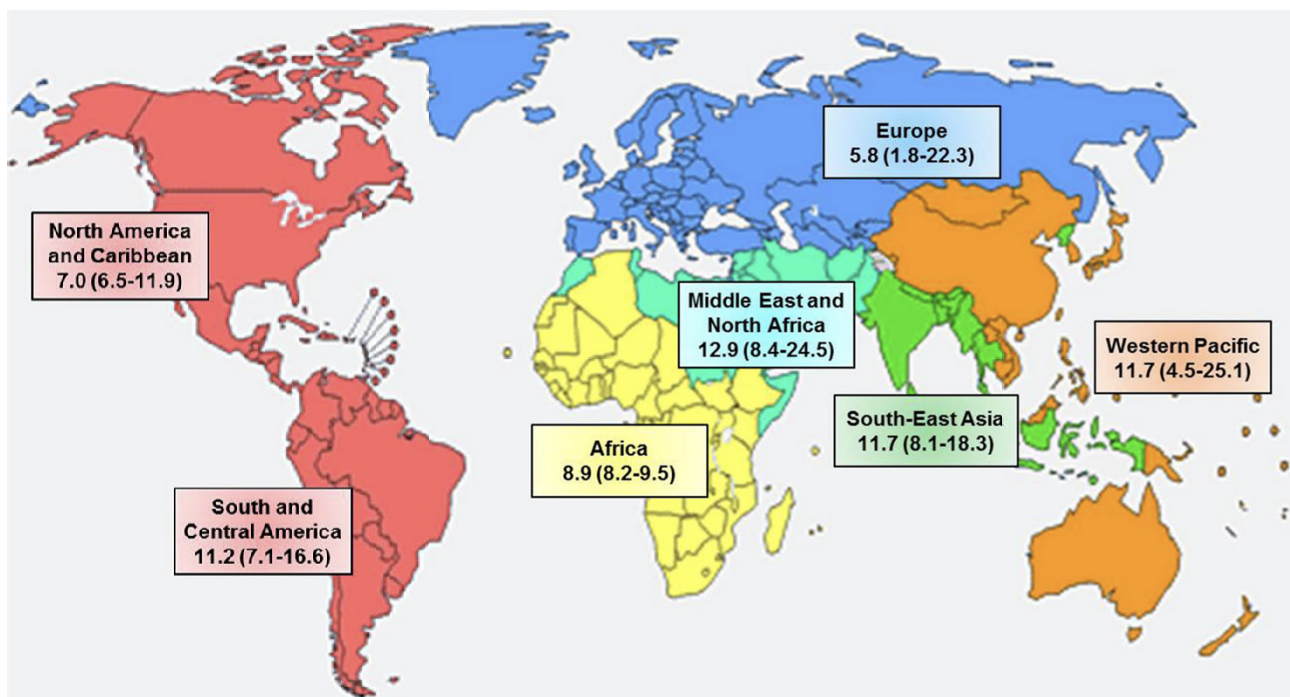
Obesità

Le pazienti che provengono da queste zone, una volta giunte in un paese occidentale, tendono ad avere difficoltà con l'alimentazione e a sviluppare problemi di peso, arrivando talvolta all'obesità. Uno studio italiano (38) ha rilevato che donne immigrate dal Nord Africa (Tunisia e Marocco) riportavano una presenza di obesità (BMI > 25) maggiore rispetto alle italiane, ma anche maggiore rispetto alle proprie connazionali rimaste nel paese d'origine. In particolare, il BMI medio per le immigrate era di 28.4, mentre quello delle italiane era di 23.4. Il campione di donne tunisine e marocchine rimaste nel loro paese riportava comunque un serio rischio di obesità, con un BMI medio rispettivamente di 25.5 (Tunisia) e 26.4 (Marocco).

RACCOMANDAZIONE (grado 2)

È necessario prestare attenzione allo stile alimentare e al controllo del peso nelle pazienti straniere in particolare se provenienti da paesi a rischio per obesità.

Figura 2 - Prevalenza del diabete gestazionale (39)



Diabete gestazionale

Il maggiore rischio di questa patologia si registra nel Nord Africa, con un picco del 12.9% e nel Sud Est Asia (11.7%). È chiaro quindi che le pazienti in gravidanza che provengono da queste regioni necessitano di particolare attenzione nella rilevazione del diabete gestazionale.

PUNTO CHIAVE

Prove di elevata qualità indicano che il diabete gestazionale, con tutti i rischi associati, è molto frequente nelle pazienti del Nord Africa e del Sud Est Asiatico (Bangladesh).

RACCOMANDAZIONE (grado 3)

Monitorare la presenza del GDM nelle pazienti che provengono da queste zone e fare particolare attenzione alla loro alimentazione in gravidanza.

Europa dell'Est

Proponiamo delle distinzioni macroscopiche che hanno senso dal punto di vista sanitario e pragmatico perché le pazienti che provengono da queste realtà presentano bisogni specifici.

Rispetto alla diffusione dell'HIV, che in genere non è particolarmente elevata in queste zone, va ricordato però che la Russia fa eccezione, con una stima di più di 1.000.000 di casi (24).

Rom e Sinti

Si fa qui riferimento a pazienti appartenenti a queste etnie, di recentissima immigrazione in Italia e Slovenia e provenienti da Romania, Serbia, Bulgaria, Kosovo e altri paesi balcanici e che presentano spesso una situazione paragonabile a quella di donne autoctone in stato di grande povertà e forte emarginazione sociale.

L'accesso ai servizi sociosanitari, a cure adeguate e a programmi di prevenzione è fortemente limitata da determinanti sociali che caratterizzano in modo specifico queste popolazioni. L'alto tasso di povertà, che ne colloca la quasi totalità (90%) al di sotto della soglia minima dei diversi Paesi in cui vivono, così come il limitato livello di istruzione, più del 60% non completa la scuola dell'obbligo e solo il 15% prosegue oltre il diploma superiore), influenzano il modo in cui il concetto stesso di salute è concepito.

Il tasso di fertilità è molto alto (5.8%) rispetto al resto della popolazione, e le donne tendono a fare figli in giovanissima età. Presentano un'attesa di vita molto inferiore rispetto alle popolazioni non-Rom, fino a 20 anni in meno, anche a causa di stili di vita dannosi per la salute rispetto a condizioni abitative, norme igieniche, consumo di alcol e tabacco, alimentazione povera, scarsa attività fisica. Questo risulta particolarmente accentuato per le donne che, in quanto tali, presen-

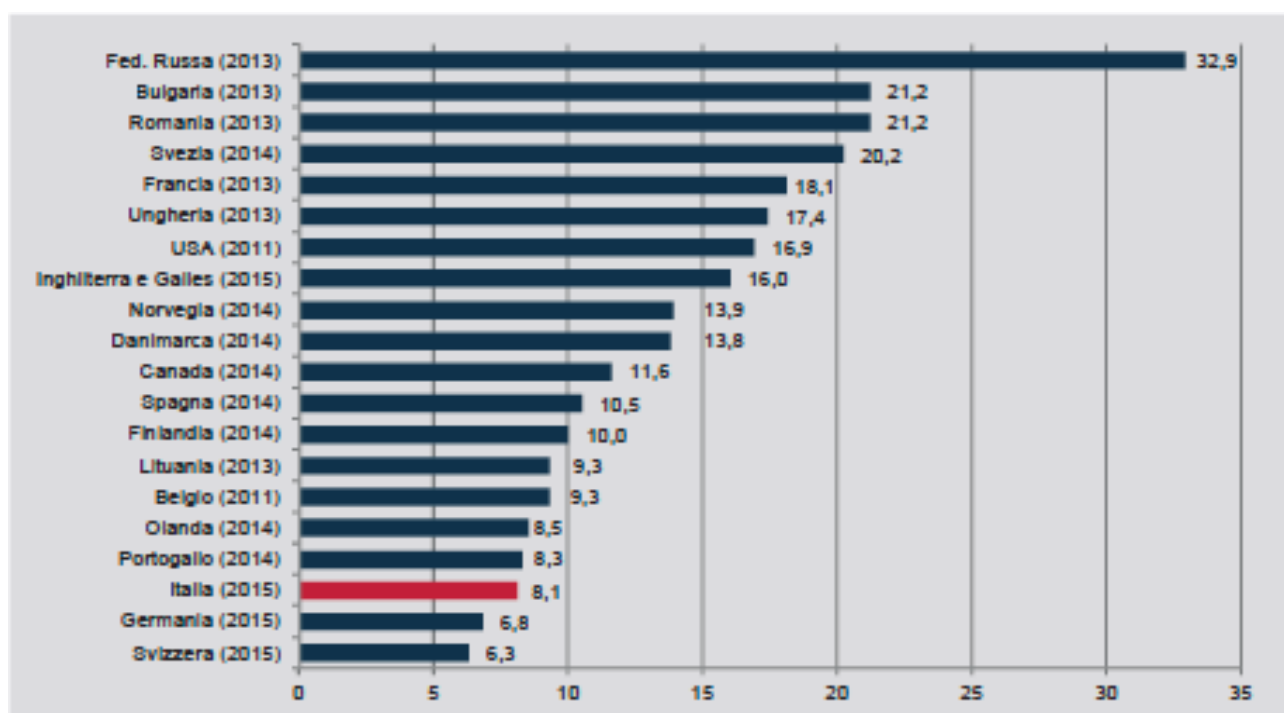
tano barriere addizionali all'accesso alle cure a causa dell'ulteriore isolamento e dalle limitate opportunità di socializzazione di cui possono usufruire (40; 41; 42).

Dalle interviste con il personale sanitario del Burlo e dell'ospedale di Postumia emerge che le persone straniere che provengono da questo contesto culturale vivono in condizioni di grave povertà. Spesso non hanno alcun documento sanitario.

Frequentemente presentano una limitata conoscenza del funzionamento dei servizi sociosanitari e utilizzano in modo prevalente le strutture di emergenza.

Si può riscontrare un atteggiamento di sfiducia verso il personale sanitario, aspetto che interferisce non solo nella costruzione di una adeguata relazione medico-paziente ma anche con l'adesione alle indicazioni terapeutiche di volta in volta ricevute (40; 41; 42).

Figura 3 - Tasso di abortività nei paesi di provenienza delle pazienti straniere per 1000 donne (15-44 anni) (43)



Romania

Le pazienti che provengono dalla Romania costituiscono all'ospedale Burlo il gruppo più consistente. Spesso parlano l'italiano e sono inserite nel mondo del lavoro, accedono quindi regolarmente al sistema sanitario.

Pur essendo la Romania in Europa, esiste un problema burocratico riguardo agli accordi di reciprocità con l'Italia. Le cittadine romene quindi, a meno che non siano indigenti o siano in possesso di una tessera STP, devono pagare le prestazioni non urgenti. La piaga italiana del lavoro "nero" in assenza di contratto (badante, pulitrice) può mettere queste pazienti in seria difficoltà ad esem-

pio per una richiesta di IVG non urgente. Lo stesso discorso vale per misure di screening come il pap test.

Le donne rumene, pur provenendo da un paese con alto ricorso all'aborto volontario, una volta entrate in contatto con il sistema sanitario italiano si avvicinano ai dati delle IVG delle donne italiane. Nel 2016 in FVG su 956 interruzioni di gravidanza 293 hanno riguardato donne provenienti dall'Europa dell'Est (30.6%).

Kosovo

Le pazienti provenienti dal Kosovo possono aver sofferto gravi forme di violenza ed essere vittime di guerra anche di tipo tribale.

In Kosovo persiste una forte disparità di genere. Nonostante gli sforzi di applicare nuove leggi sulle pari opportunità, le donne hanno meno accesso a un'istruzione secondaria.

Da uno studio dell'OSCE (44) in Kosovo emerge che il 30% degli uomini intervistati e il 25% delle donne ritiene che quando una donna non lotta contro una violenza sessuale non è uno stupro. Il 16% degli uomini e l'11% delle donne non si è mai rivolto a un medico. Anche se la situazione sta migliorando, c'è ancora una forte disparità di genere: le donne hanno scarso potere decisionale, tendono a occuparsi solo della casa, esistono forme di segregazione ed è ancora diffusa una cultura che accetta lo stupro e la violenza sulle donne.

Gli operatori sanitari rilevano difficoltà di comunicazione legate alla segregazione e alla mancata conoscenza della lingua.

In Slovenia le donne Albanesi provenienti dal Kosovo/Macedonia rappresentano il principale problema perché in genere non parlano lo sloveno o l'inglese, più spesso non sono integrate e appartengono ad una cultura con pratiche tradizionali e patriarcali molto forti (14).

Queste tradizioni e simili modelli patriarcali mantenuti nel paese ospitante influenzano in modo significativo l'accesso alle cure sanitarie (oltre alle barriere comunemente riconosciute, si aggiungono dilemmi etici come ad esempio la richiesta della presenza del partner durante la visita ginecologica) (45).

RACCOMANDAZIONI (grado 2)

1. Con queste pazienti è molto importante avvalersi delle mediatrici culturali per favorire le relazioni.
2. La gravidanza e l'accesso all'Ospedale possono essere per queste donne l'unico momento di relazione extra-familiare: può essere dunque utile cercare di far passare il messaggio che la lingua è salute.

Sud Est asiatico

All'Ospedale Burlo giunge un numero consistente di pazienti dal Bangladesh, un po' meno dal Pakistan e dall'India. Per quanto riguarda i rischi strettamente medici, ricordiamo gli aspetti più rilevanti segnalati in letteratura:

- HIV: 2.100.000 casi di infezione stimati in India e 630.00 in Indonesia (24)
- Tubercolosi
- Malattie tropicali
- Anemia, rachitismo
- Prevalenza particolarmente alta di diabete gestazionale
- Maggiore rischio di subire lacerazioni al perineo durante il parto

Per i rischi psicosociali associati alla salute riproduttiva, ricordiamo che si tratta di paesi in cui il sistema è fortemente patriarcale e prevede ruoli e aspettative di genere molto tradizionali. Le donne spesso sono sminuite e, se tentano di adeguarsi alle norme culturali del paese ospitante, vengono criticate e oppresse dal marito e dalla famiglia allargata. Partendo da queste premesse, Mann, Roberts e Montgomery (46) hanno condotto uno studio qualitativo e quantitativo sulla salute mentale delle donne del sud est asiatico (soprattutto indiane) immigrate negli USA. Molte riportavano ansia e depressione, associate all'adesione a ruoli tradizionali. Pare rilevante ai nostri fini che le donne più integrate nella nuova realtà e che seguivano idee più egualitarie avevano maggiore potere decisionale sulla contraccezione, meno figli, preferivano comunicare in inglese. D'altro canto, nelle interviste le donne bilingui, più integrate e più orientate verso idee egualitarie, riportavano di avere ricevuto pressioni, di essere state derise e di avere maggiori tensioni in famiglia.

Non tutte le donne che provengono da questi paesi aderiscono dunque per forza a idee tradizionali e non sono integrate nel paese di accoglienza. Tuttavia, la pressione dei familiari ad aderire a modelli culturali tradizionali potrebbe essere significativa e per queste pazienti prendere decisioni autonome su temi come la contraccezione potrebbe essere stressante e creare tensioni in famiglia.

RACCOMANDAZIONE (grado 3)

È fondamentale per queste donne avere colloqui individuali ed eventualmente prevedere più incontri qualora sia utile o possibile avviare un percorso condiviso di coppia.

In particolare in Bangladesh, sono molto comuni per le donne i matrimoni prima dei 18 anni. Ciò può comportare implicazioni dal punto di vista della salute associate alla bassa scolarità e alla frequente anemia (47) perché questa popolazione può presentare regimi alimentari poveri di ferro, scarsa esposizione al sole (Pakistan) con rischio di rachitismo nelle gravide e nella prole (soprattutto nelle bambine).

Matrimoni tra consanguinei e matrimoni forzati

Un aspetto forse meno noto, e che riguarda alcuni paesi non attribuibili chiaramente a un'area geografica specifica, è quello dei matrimoni tra consanguinei.

Il fenomeno è particolarmente rilevante nei Paesi Arabi e in alcune zone del Sud Est Asiatico (come il Pakistan) e dell'Africa. I sistemi sanitari dei paesi arabi si stanno solo lentamente interessando di questi comportamenti riproduttivi che sono in parte determinati da motivi religiosi, culturali, familiari (48). Questi dati, per noi insoliti, vanno ricordati al momento della raccolta dell'anamnesi e anche all'atto del colloquio nei percorsi di diagnostica prenatale.

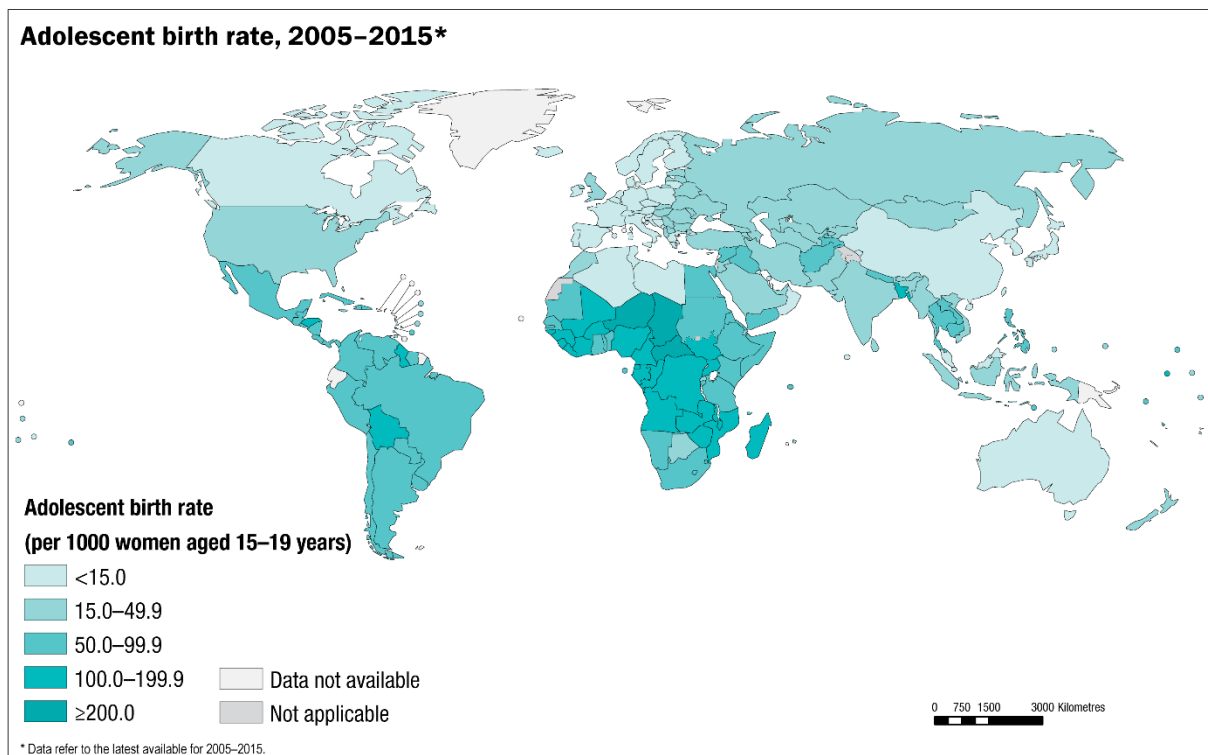
PUNTO CHIAVE

Le pazienti straniere che provengono dal Pakistan e dai Paesi Arabi del Medio Oriente o dell'Africa, hanno un maggiore rischio di matrimonio con consanguineo.

RACCOMANDAZIONE (grado 3)

In caso di gravidanza è opportuno accertare l'eventuale parentela col partner e offrire gli screening genetici in funzione di quanto emerso.

Figura 4 - Tassi di fecondità in donne tra i 15 e i 19 anni per paese (ogni 1000 donne) (52)



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. © WHO 2016. All rights reserved.

Data Source: World Health Organization
Map production: Information Evidence and Research (IER)
World Health Organization



I matrimoni forzati in genere avvengono attorno ai 15 anni e comportano una serie di implicazioni dannose: sesso imposto, gravidanze precoci, impossibilità di continuare a studiare. Combattere questo fenomeno rientra tra gli obiettivi di sviluppo globale del millennio MGD (49; 50).

Il rapporto dell'UNFPA rileva che in almeno 41 paesi in via di sviluppo più del 30% delle donne di 20-24 anni hanno dovuto sposarsi intorno ai 15 anni. In alcuni paesi dell'Africa centrale e occidentale la prevalenza supera il 70% (Niger e Ciad), mentre in Bangladesh si stima una prevalenza del 66%. Il fenomeno è diffuso, anche se in misura minore, in America Latina (40% nella Repubblica Dominicana) e in alcuni paesi dell'Europa dell'Est (Moldavia 19%). L'Unicef (51) riporta i dati più aggiornati per alcuni paesi.

Le gravidanze in giovanissima età si associano più frequentemente ad anemie severe in quanto più vicine al periodo dei flussi metrorragici tipici del menarca e dei primi anni del ciclo.

La figura 4 presenta una sintesi del problema in base ai paesi di provenienza delle pazienti.

Rischi particolari per le vittime di guerra, le rifugiate, le richiedenti asilo

Le pazienti che provengono da paesi in guerra o che hanno attraversato paesi, come la Libia, in cui frequentemente vengono abusate, torturate o sottoposte ad altri traumi possono riportare tutti i sintomi più frequentemente associati al trauma e alla violenza e sarebbe quindi sempre consigliabile offrire una consulenza e/o valutazione psicologica.

La loro condizione può essere particolarmente delicata se in gravidanza. La CMA (16) ricorda che in molti casi la gravidanza potrebbe essere frutto di una violenza o ricatto sessuale o essere per altri motivi inattesa e/o indesiderata. Si applicano quindi tutte le misure di accoglienza, screening e prevenzione consigliate dall'OMS (19) nei casi di vittime di violenza sessuale.

I fattori di rischio o protettivi per la salute riproduttiva delle donne che provengono da paesi in guerra non sono così scontati. Hutchinson et al. (53) segnalano che in tempo di guerra molti servizi ostetrico-ginecologici possono venire a mancare o essere limitati solo a certe fasce di popolazione. Ad esempio, in Pakistan durante il conflitto tra sunniti e shia, alcuni gruppi religiosi erano esclusi dalle cure. Oppure i rischi di violenza possono aumentare durante gli spostamenti e il collocamento nei campi per rifugiati. Nei conflitti la violenza contro le donne viene minimizzata e addirittura favorita. In alcuni paesi durante i conflitti le famiglie forzano le ragazze a sposarsi molto giovani perché ciò può evitare loro di essere assoldate nella milizia o sono più protette dal rischio di essere prese come prigioniere (alcuni studi rilevano che le giovani single corrono un rischio 6 volte maggiore di essere imprigionate).

Tutti questi aspetti possono comportare ulteriori traumi e rischi per la salute riproduttiva (gravidanze frutto di stupro o trasmissione di MST) che vanno approfonditi.

Uno studio condotto in Svizzera (54) su donne rifugiate e richiedenti asilo e sul personale sanitario che le accoglieva, ha riscontrato che in queste pazienti il rischio di aborto indotto era di 2.5 volte più alto di quello delle donne non migranti, in seguito alla scarsa contraccezione. Inoltre, molte riportavano i sintomi dello stress psicosociale conseguente alla migrazione forzata e a situazioni di vita difficili. Ad esempio, alcune avevano subito violenze di guerra nel paese d'origine oppure vivevano lontano dal resto della famiglia e dal marito. Per il personale sanitario significava trovarsi a volte a gestire momenti di forte sofferenza, oltre alle note difficoltà linguistiche o derivanti da differenze culturali comuni con pazienti straniere.

Riferimenti bibliografici

1. ISTAT (2014). *Migrazioni internazionali e interne della popolazione residente*.
2. CEDAP (2015). *Nascere in Friuli Venezia Giulia*, Regione Friuli Venezia Giulia, IRCCS Burlo Garofolo.
3. Delli Zotti G., Urpis O. (2018). *Stato di salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti: difficoltà e buone pratiche*, EUT, Trieste (<https://www.openstarts.units.it/handle/10077/23633>).
4. Mengesha Z.B. (2018a). Preparedness of Health Care Professionals for Delivering Sexual and Reproductive Health Care to Refugee and Migrant Women: A Mixed Methods Study, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15:174-186.
5. WHO (2018b). *Health of Refugee and Migrants*. WHO European Region.
6. WHO (2019). Report on the health of refugees and migrants in The Who European Region.
7. WHO (2018a). *Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals*, Luxembourg. Retrieved from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf>
8. WHO (2016). Action plan for sexual and reproductive health: towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe - leaving no one behind. Retrieved from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/314532/66wd13e_SRHActionPlan_160524.pdf
9. OMS (2016). *Salute materno-infantile delle donne migranti: evidenze per migliorare l'accessibilità e la fruibilità delle cure*. Trad. it. Retrieved from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/317109/HEN-synthesis-report-45.pdf?ua=1
10. Binder P., Borné Y., Johnsdotter S., Essen B. (2012). Shared Language is Essential: Communication in a Multiethnic Obstetric Care Setting, *Journal of Health Communication*, 17:1171-1186.
11. Ministero della Salute (2018). *Relazione del ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78)*. Roma.
12. Hodorgea S., Comendant R. (2010). Prevention of unsafe abortion in countries of Central Eastern Europe and Central Asia. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 110:S34-37.
13. WHO (2003). *Measuring Access to Reproductive Health Services*.
14. Medarić Z., Sedmak M. (2018). When Language and Culture Interfere: Sexual and reproductive health of migrant women in the coastal region of Slovenia (*chapter in book in press*). Koper/ Capodistria, Publishing house University of Primorska.
15. Mengesha Z.B., Perz J., Dune T., Usher J. (2018b). Talking about sexual and reproductive health through interpreters: The experiences of health care professionals consulting refugee and migrant women, *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16:199-205.
16. CMA (2011). Evidence-Based clinical guidelines for immigrant e refugees, *CMAJ*, 183(12): E824-E925.

17. Flores G. (2006). Language Barriers to Health Care in the United States, *The New England Journal of Medicine*, 355(3):229-231.
18. Metusela C., Ussher J., Perz J., Hawkey A., Morrow M., Narchal R., Estoesta J., Monteiro M. (2017). "In My Culture, We Don't Know Anything About That": Sexual and Reproductive Health of Migrant and Refugee Women, *International Journal of Behavioural Medicine*, 24(6):836-845.
19. WHO (2012). *Understanding and addressing violence against women. Health consequences*. Retrieved from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77431/WHO_RHR_12.43_eng.pdf?sequence=1
20. Romito P., Escribà V., Pomicino L., Scrimin F. et al. (2009b). Violence in the lives of women in Italy who have an elective abortion, *Women's Health Issues*, 19:335-343.
21. Medarić, Z. (2010). Domestic Violence against Women in Slovenia: A Public Problem?, *Rev. Soc. Polit.*, 18(1):25-45.
22. D'Souza, L., Jayaweera, H., Pickett, K. E. (2016). Pregnancy diets, migration, and birth outcomes. *Health care for women international*, 37(9):964-978.
23. Hunter-Adams, J., Rother, H. A. (2016). Pregnant in a foreign city: A qualitative analysis of diet and nutrition for cross-border migrant women in Cape Town, South Africa. *Appetite*, 103:403-410.
24. WHO (2017). *Recommendations on maternal health* (update of 2017).
25. Anderson, N. L. R., Boyle, J. S., Davidhizar, R. E., Newman Giger, J., McFarland, M. R., Papadopoulos, I., Purnell, L., Spector, R., Tilki, M., Wehbe- Alamah, H. (2010). Chapter 7: Cultural Health Assessment. *Journal of Transcultural Nursing*, 21(4_suppl), 307S-336S. doi: 10.1177/1043659610377208
26. Pavlish, C. L., Noor, S., Brandt, J. (2010). Somali immigrant women and the American health care system: discordant beliefs, divergent expectations, and silent worries. *Social Science & Medicine*, 71(2):353-361.
27. Vu M., Azmat A., Radejko T., Padela A.I. (2016). Predictors of Delayed Healthcare Seeking Among American Muslim Women, *Journa of Women's Health*, 25(6):586-593.
28. Clarkson Freeman P.A., Penney D.S., Bettman J.E., Leczy N. (2013). The Intersection of Health Beliefs and Religion Among Somali Refugees: A Qualitative Study, *Journal of Religion & Spirituality in Social Work*, 32(1):1-13.
29. Padela A.I., Killawi A., Forman J., DeMonner S., Heisler M. (2012). American Muslim Perceptions of Healing: Key Agents in Healing, and Their Roles, *Quality Health Research*, 22(6):846-858.
30. Arousell J., Carlbohm A. (2015). Culture and religious beliefs in relation to reproductive health, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 30:1-11.
31. Woodgate R.L., Busolo D.S., Crockett M., Dean R.A., Amaladas M.R., Plourde P.J. (2017). A qualitative study on African immigrant and refugee families' experiences of accessing primary health care services in Manitoba, Canada: it's not easy!, *International Journal of Equity in Health*, 16:5.
32. Small R., Roth C., Raval M., Shafiei T., Korfker D., Heaman M., McCourt C., Gagnon A. (2014). Immigrant and non-immigrant women's experiences of maternity care: a systematic and comparative review of studies in five countries, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14:152.

33. Mladovsky P., Ingleby D., McKee M., Rechel B. (2012). Good practices in migrant health: the European Experience, *Clinical Medicine*, 12(3):248-252.
34. WHO (2017b). *Sexual Health and Its Linkages to Reproductive Health: An Operational Approach*.
35. WHO (2018c). *Female Genital Mutilation*. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
36. Berg R.C., Underland V., Odgaard-Jensen J., Fretheim A., E Vist G. (2014). Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2014;4: e006316. doi:10.1136/bmjopen-2014-006316
37. UNICEF (2016). *Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern*, New York.
38. Gualdi-Russo E., Rinaldo N., Khyatti M., Lakhoua C., Toselli S. (2016). Weight status, fatness and body image perception of North African immigrant women in Italy, *Public Health Nutrition*, 19(15):2743-2751.
39. Zhu Y., Zhang C. (2016). Prevalence of Gestational Diabetes and Risk of Progression to Type 2 Diabetes: a Global Perspective, *Current Diabets Reports*, 16:7-17.
40. Čvorović J. (2004). Sexual and Reproductive Strategies among Serbian Gypsies, *Population and Environment*, 25(3):217-242.
41. European Commission (2014). *Roma Health Report. Health status of the Roma population. Data collection in the Member States of the European Union*.
42. European Union Agency for Fundamental Rights (2012). The situation of Roma in 11 EU Member States.
43. ISTAT (2017). *La salute riproduttiva della donna*.
44. OSCE/UNFPA (2018). *A Men's Perspective on Gender Equality in Kosovo*, Priština.
45. Prosen, M., Medica, K., Licen, S., Rebec, D., Karnjus, I., Bogataj, U. (2018): Approcci sanitari e buone pratiche nell'assistenza alle donne migranti: l'esempio della Slovenia. Report WP 3.1.2. - Progetto INTEGRA.
46. Mann S.K., Roberts L.R., Montgomery S. (2017). Conflicting Cultural Values, Gender Role Attitudes, and Acculturation: Exploring the Context of Reproductive and Mental Health of Asian-Indian Immigrant Women in the US, *Issues in Mental Health Nursing*, 38(4):301-309.
47. McClearly-Sills J, Hammer L., Parsons J., Klugman J.(2015). Child Marriage: A Critical Barrier to Girls' Schooling and Gender Equality in Education, *The Review of Faith & International Affairs*, 13(3):69-80.
48. Valletta E. (2012). Unioni tra consanguinei: vantaggi di ieri, svantaggi di oggi, *Quaderni ACP*, 21(5):218- 219.
49. Kalamar A.M., Lee-Rife S., Hindin M.J. (2016). Interventions to Prevent Child Marriage Among Young People in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review of the Published and Gray Literature. *Journal of Adolescents Health*, 59:S16-S21.
50. UNFPA (2012). *Marrying Too Young. End Child Marriage*, New York.
51. UNICEF (2014). *Ending Child Marriage, Progress and Prospects*.
52. WHO (2016). *World Health Statistics 2016*. Retrieved from: http://gamapsserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_AdolescentBirthRate_2015.png

53. Hutchinson A., Waterhouse P., March-McDonald J., Neal S., Ingham R. (2017). Understanding processes of risk and protection that shape the sexual and reproductive health of young women affected by conflict: the price of protection, *Conflict and Health*, 11:15-28.
54. Kurt E., Jaeger F.N., Zemp E., Tschudin S., Bischoff A. (2010). Reproductive health care for asylum-seeking women - a challenge for health professionals, *BMC Public Health*, 10:659-670.

Documenti di associazioni

ASGI (Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione) - La legislazione italiana a tutela delle vittime di tratta in relazione al recepimento della convenzione del consiglio d'Europa del 16.05.05.

ENPAM (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza Medici) - *Il consenso informato in medicina* (Perelli Ercolini). Retrieved from: <https://www.enpam.it/wp-content/repository/universali-multimediale/CI/index.html>