

## **LA SALUTE RIPRODUTTIVA DELLA DONNA IMMIGRATA: CONOSCERE, COMPRENDERE, FAVORIRE IL RAPPORTO DI FIDUCIA**

*Grazia Lesi*

UO Consultori AUSL di Bologna(\*), Centro per la Salute delle Donne Straniere e loro Bambini (\*\*)

Oggi ci troviamo di fronte a un mondo in movimento, cambiare paese per milioni di persone è una necessità inderogabile, significa coltivare la speranza di ricostruire una vita o anche semplicemente sopravvivere. “..Nel mondo ci sono 2,4 miliardi di persone che vivono con una media di appena sei dollari al giorno di questi una buona metà con meno di un dollaro al giorno..”. (rapporto Caritas 2003, immigrazione).

In Italia, si stima che la presenza legale degli immigrati, alla fine del 2003, sia attorno alle 2.598.223 unità con un'incidenza del 4,5% degli stranieri sulla popolazione, quindi, molto vicina alla media europea, che è superiore solo di un punto (dati ministero dell'interno).

In Emilia-Romagna sono circa 26.3414 (pari al 6,46% della popolazione residente nella regione), dato che colloca la nostra regione al quarto posto in Italia dopo la Lombardia, il Lazio e il Veneto.

La caratteristica più evidente dei flussi migratori recenti è che l'immigrazione attuale ha una forte presenza femminile che, soprattutto in Europa, ha raggiunto quasi la metà degli immigrati, precisamente il 48,9%.

Si tratta di donne giovani, prevalentemente in età fertile e con tassi di natalità più elevati di quelli italiani ed europei. Sono donne che utilizzano preferibilmente i servizi sanitari pubblici portando con se, da un lato le problematiche psico-socio-sanitarie collegate alla migrazione, dall'altro culture e modalità di intendere la salute della donna, diverse da quella dei paesi occidentali.

La complessità dei bisogni, rende il lavoro di prevenzione diagnosi e terapia con donne di altre culture un esempio, al tempo stesso evidente e provocatorio, della impossibilità di fare salute senza tenere conto, di aspetti solo in apparenza non clinici, accettando il rischio di sperimentarsi nel terreno incerto della comunicazione e in particolare della comunicazione interculturale. Il lavoro clinico diviene, quindi, occasione per mettere a confronto il sapere scientifico oggettivo con i bisogni multipli e complessi della donna e della coppia immigrata. Tenere conto della diversità, conoscere come vive la gravidanza, la contraccezione, la sessualità, la relazione con il partner e la famiglia, è fondamentale per ottenere la fiducia e la collaborazione della donna al percorso diagnostico/terapeutico, in sintesi, è indispensabile per offrirle un adeguato percorso di salute nel nostro paese.

(\* *Direttore Dott.ssa C. M. Garavini* \*\* *Responsabile Dott.ssa M.G.Caccialupi*)

## **LA SALUTE RIPRODUTTIVA DELLA DONNA IMMIGRATA: CONOSCERE, COMPRENDERE, FAVORIRE IL RAPPORTO DI FIDUCIA**

*Dott.sa Grazia Lesi,*

UO Consultori AUSL di Bologna (*dirett. Dott.sa C.M.Garavini*); Centro per la salute delle donne immigrate e loro bambini (*resp. M.G. Caccialupi*)

Da sempre l'uomo ha cercato attraverso la migrazione nuovi spazi di vita, oggi questo fenomeno coinvolge in modo particolare l'Europa, che raccoglie un terzo dei migranti del mondo. Cambiare paese per milioni di persone è coltivare la speranza di ricostruire una vita o anche semplicemente sopravvivere "...Nel mondo ci sono 2,4 miliardi di persone che vivono con una media di appena sei dollari al giorno, il presidente della Banca Mondiale James Wolfensohn ha denunciato come paradossalmente una mucca europea sia più ricca di un uomo su due del Sud del mondo, grazie ai sussidi di cinque dollari al giorno per capo che l'UE concede agli allevatori, mentre la metà della popolazione mondiale sopravvive con meno di due dollari al giorno" (rapporto Caritas 2003, immigrazione). In Italia, si stima che la presenza legale degli immigrati nel 2003, sia attorno alle 2.598.223 unità con un'incidenza del 4,5% degli stranieri sulla popolazione, quindi, molto vicina alla media europea, che è superiore solo di un punto (dati ministero dell'interno). In Emilia-Romagna sono circa 263.mila (pari al 6,46% della popolazione residente nella regione), dato che colloca la nostra regione al quarto posto in Italia dopo la Lombardia, il Lazio e il Veneto.

La caratteristica più evidente dei flussi migratori recenti è la forte presenza femminile, che soprattutto in Europa, ha raggiunto quasi la metà degli immigrati, precisamente il 48,9%. Si tratta di un fenomeno che interessa tutto il pianeta, nel periodo 1965-1990 il numero delle donne immigrate nel mondo è passato da 35 a 57 milioni circa, con un incremento del 63,18%, nello stesso periodo l'immigrazione maschile è passata da 40,2 a 62,6 milioni di unità. Anche in Italia, l'immigrazione femminile è in aumento, nel 1996 le donne erano solo il 35% delle presenze straniere, oggi invece rappresentano circa il 50% degli immigrati nel nostro paese ("Le molte forme della migrazione femminile" di Mara Tognetti Bordogna).

In Bologna e provincia vivono, al dicembre 2003, 47.468 cittadini stranieri, con differenze tra città e provincia. La quota di immigrati è rispettivamente del 5,2 % e del 4,7 % suddivisi in 149 provenienze geografiche, di cui i più rappresentati sono quella marocchina, albanese, filippina e cinese. Rispetto agli altri comuni, a Bologna-città vivono relativamente meno marocchini e tunisini, più filippini e cinesi, meno albanesi e rumeni, più bengalesi e Sri-Lankesi (Osservatorio provinciale delle migrazioni). Un altro aspetto della immigrazione recente è l'aumento dei minori rispetto al totale degli immigrati, che è inferiore in città (20,8%) rispetto agli altri comuni della provincia (27,1%). Così come si registra a livello nazionale, anche nel bolognese la quota di donne è del 48,4%, con un 50,2% in città e un 47,0% negli altri comuni. Si tratta di donne giovani, prevalentemente in età fertile e con tassi di natalità più elevati di quelli italiani ed europei. Se analizziamo i ricoveri in Regione Emilia Romagna le due voci più importanti relative ai ricoveri in di cittadini stranieri sono i parti e le interruzioni volontarie di gravidanza. Questi dati sono la misura di quanto sia importante predisporre strategie di accoglienza e presa in carico di questa nuova utenza, che pone spesso problematiche complesse in cui si intersecano fattori sanitari sociali e culturali.

### L'accesso ai servizi e la salute della donna immigrata

Quando parliamo di salute riproduttiva della donna immigrata, dobbiamo osservare e affrontare il problema da almeno due versanti, quello dei servizi e quello della donna e tenere conto delle principali variabili che condizionano l'accesso alle cure: 1) La sussistenza del diritto all'accesso, quindi l'esistenza e l'applicazione di adeguate disposizioni di legge che favoriscano la cura e presa in carico della donna immigrata regolare e irregolare In Regione Emilia Romagna, Legge Regionale 24 marzo 2004, n5 "Norme per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati", all'art.13 cita: "Alle donne immigrate è garantita la parità di trattamento con le cittadine italiane e la tutela sociale

ai sensi della legislazione sui consultori familiari, promuovendo e sostenendo servizi socio-sanitari attenti alle differenze culturali”; 2) La consapevolezza di questo diritto, le donne immigrate, spesso non sono informate dei loro diritti di salute, per alcune di loro alla mancanza di informazione si associa l’assenza di consapevolezza dei propri diritti di salute come persona e come donna;

3) L’effettivo esercizio del diritto, che si attiene alla fruibilità reale dei servizi dedicati e non, in relazione alla differenza linguistico/culturale, alla presenza/mancanza di mediazione culturale, alla scarsa formazione degli operatori al lavoro interculturale e a rigidità organizzative, disomogeneità nell’applicazione delle normative di accesso al SSN specie per le utenti irregolari (STP).

Per superare questi ostacoli e per favorire l’inserimento sociosanitario della donna nella rete dei servizi è nato a Bologna nel 1991, il Centro per la salute donne straniere e dei loro bambini. Gli obiettivi del servizio sono, fin dalla costituzione: dare risposta ai bisogni di un’utenza straniera in aumento nell’area bolognese, predisporre percorsi idonei a favorire l’accesso ai servizi sanitari esistenti ed essere centro di ricerca e raccolta dati. Lo scopo primario, è quello di porre in essere le strategie che permettano alla donna e al bambino immigrato di accedere ai servizi, contribuendo quindi alla riduzione degli ostacoli di accesso agli stessi che sono, in sintesi, i seguenti: lingua, condizioni socio economiche o di esclusione sociale nel nostro paese, diversità culturali, diversa organizzazione dei servizi nei paesi d’origine, difficoltà d’iscrizione al servizio sanitario nazionale, anche a causa delle diversità di interpretazione delle normative, mancanza di formazione interculturale del personale sanitario e di front-office.

#### Le disuguaglianze sociali e di salute

La donna immigrata arriva generalmente in buona salute, nel nostro paese, l’integrità fisica rappresenta la “forza lavoro” su cui viene giocata la probabilità di successo del progetto migratorio. E’ “l’effetto migrante sano” ampiamente citato in letteratura, che fa riferimento ad un’autoselezione che precede l’immigrazione, operata già nel paese di origine. Sono le condizioni di vita cui l’immigrato dovrà conformarsi nel paese ospite che potranno poi essere capaci di erodere e dilapidare in tempi più o meno brevi, il “patrimonio” di salute iniziale. Discriminazione nell’accesso dei servizi socio-sanitari, alimentazione inadeguata, diversità climatiche, mancanza di supporto psico-affettivo, sradicamento culturale, diversità di costumi e valori, difficoltà comunicative e di inserimento sociale, inadeguatezza alloggiativa, sovraffollamento, carenze igieniche, disoccupazione o precarietà occupazionale, scarsa tutela del lavoro, fallimento o minaccia di fallimento del progetto migratorio, sono i fattori che mettono a rischio la salute del migrante. Per la migrazione femminile, si associa un’ulteriore elemento di rischio che è la particolare fragilità di fronte al traffico di persone. A questo proposito, cito alcuni dati che si riferiscono al traffico di migranti nel mondo. Questi dati si riferiscono a condizioni di vita che P. Arlacchi, chiama, in un suo libro, le “nuove schiavitù/servitù”, in cui le persone divengono merce di scambio nelle mani di organizzazioni criminali internazionali, in questi circuiti la violenza e la coercizione sono la regola per tutti (uomini e donne), ma per le donne e i bambini il rischio è più alto.

Qualche numero: “le Nazioni Unite stimano la cifra relativa al giro d’affari del traffico di persone attorno ai sette bilioni di dollari all’anno (Caldwel 97), l’organizzazione internazionale delle Migrazioni (OIM) fa una stima di 12,5 bilioni (Menschenschumgel ‘98). Sempre secondo le Nazioni Unite quattro milioni di persone sarebbero trafficate ogni anno nel mondo, anche se, secondo l’OIM le persone trafficate sarebbero molte di più e stima che, in Europa occidentale, solo le donne trafficate sarebbero 500.000 (stima Marco Gramigna)”. (Da “I Colori della Notte” Carchedi et al.).

Nel periodo 2000-2003 l’Organizzazione Internazionale della Migrazione ha assistito 781 donne romene vittime della tratta di persone. Nel 2000 il 24,84% di queste erano minorenni, tre anni dopo, le statistiche indicano ancora, il 14,10% di minorenni e l’85,90% di maggiorenni, con un’età media di 21,2 anni e con basso livello d’istruzione. Parlare dei problemi sanitari delle donne immigrate ci proietta, quindi, necessariamente in uno scenario che supera i nostri ambulatori e che se non compreso, riduce l’efficacia dei nostri interventi.

### Il rapporto di fiducia tra medico e donna immigrata

L'esperienza di lavoro, in ambito sanitario con donne provenienti da culture non occidentali ha alcune peculiarità che, a mio avviso, meritano una riflessione. In generale, la tipologia della domanda posta a un consultorio o a un medico che si occupa di donne di altre culture, non si differenzia da quella posta da altre utenti: gravidanza, interruzione volontaria di gravidanza, contraccezione, sessualità, prevenzione oncologica, ginecologia di base, prevenzione diagnosi e terapia delle MST sono le tematiche prevalenti. In questo contesto è la modalità di approccio al problema, che si differenzia, in relazione alla donna, alla cultura d'origine, alla situazione sociale e ad eventuali medicine tradizionali. Così, l'invito di H.G. Gadamer, (nel suo libro "Dove si nasconde la salute") a riflettere sulla complessità della prassi medica e sull'impossibilità di considerare la cura come un atto in cui entrano in gioco solo aspetti scientifici e tecnologici, diviene particolarmente urgente quando si lavora in ambito interculturale, dove la necessaria competenza tecnica ed esperienza clinica, non possono prescindere da una corretta comunicazione medico/paziente che, solo se insieme, sono fondamento di una buona medicina. Nella salute riproduttiva, un tema da sempre intrecciato alla vita delle persone, gli aspetti scientifici non possono non tenere conto della cultura, delle condizioni sociali, familiari in cui vive la donna. In questo ambito, più che in altri, la salute è il risultato di varie interdipendenze, da cui deriva il benessere fisico e psicologico della diade madre-bambino.

### La comunicazione con la donna immigrata

La difficoltà di comprensione si svolge su vari piani e non, come molti pensano, solo su quello linguistico perché anche se operatore e utente parlano una lingua che permette di capirsi sul piano formale (es, inglese o francese), spesso il significato attribuito alle parole non è uguale e ciò genera equivoci rischiosi per la comprensione della donna dei suoi bisogni di salute e in caso di malattia, della sintomatologia relativa. La mediazione linguistico culturale è uno strumento importante per la comprensione reciproca ma non è, però, sufficiente da sola se i professionisti, non si formano al lavoro con donne in cui il terreno di significati, comune è spesso molto limitato. L'operatore, il medico deve imparare a mediare con se stesso, con le sue modalità di approccio alla salute, valutando attentamente la sua prassi e i protocolli diagnostico terapeutici per adeguarli, senza rinunciare all'essenziale, alla donna che chiede le sue cure. La presenza della mediatrice in ambulatorio, può essere fonte di disorientamento per l'operatore sanitario, perché allunga i tempi della prestazione, costringe in sostanza ad una relazione mediata a tre che sembra disturbare il rapporto diretto con l'utente, ma è in realtà una risorsa importante, che permette la comprensione di ciò che significa per la donna in rapporto a se stessa, alla sua cultura d'origine il sintomo o il bisogno che essa stessa porta nell'ambulatorio medico.

Spesso siamo costretti dalla situazione contingente ad accettare come mediazione l'amica, il compagno o il marito. Questa necessità può essere un forte rischio di cui il medico deve essere consapevole, perché ostacola l'espressione della volontà della donna, soprattutto se la richiesta è un'IVG. Se poi ci troviamo di fronte ad una minore o una donna coinvolta nel traffico di persone, ai fini di sfruttamento sessuale (spesso le due cose coesistono!) il rischio è alto ed è connesso alla possibilità di sottovalutazione dell'esposizione a patologie a trasmissione sessuale e di non offrire alla donna la possibilità di uscire dalla situazione di sfruttamento.

Di fronte alla comunicazione di una diagnosi problematica il colloquio si fa difficile e teso perché s'intersecano i diversi significati dell'evento (per la donna e per il medico), la reazione emotiva naturale della paziente, la difficoltà di comunicazione, la necessità di esprimere l'urgenza o la gravità del caso, per ottenere la collaborazione nell'iter terapeutico. Un caso è stato particolarmente significativo, la comunicazione della diagnosi di malformazione cardiaca del feto ad una donna cinese. La signora esprimeva l'angoscia solo attraverso il linguaggio non verbale, rendendo difficile la relazione e la verifica del grado di comprensione del problema. La differenza culturale gioca un ruolo importante come vedremo in seguito.

### La relazione con la donna cinese in ambito sanitario

Sono donne giovani, che non hanno ricevuto un'educazione religiosa, così come la intendiamo noi in occidente, in particolare non esiste l'educazione religiosa a scuola. La religione in Cina non corrisponde al nostro concetto occidentale, ma si configura come un "culto della famiglia". Lo stato, mette in atto un programma di pianificazione familiare che impone un figlio per coppia che contrasta con l'educazione tradizionale, legata ai principi Confuciani. In quest'educazione è fondamentale il rispetto della famiglia e i figli sono importanti, perché sono "l'onore degli antenati", (poiché garanzia della discendenza). Il senso della famiglia, come da noi, è più forte nelle aree rurali, che sono le aree da cui provengono le nostre utenti, specie nei villaggi più isolati (la regione da cui provengono la maggior parte delle utenti è lo Zhen Jiang che ha un'estensione di due volte l'Italia).

I codici comunicativi delle utenti cinesi sono spesso diversi da quelli della nostra cultura, in particolare, nella comunicazione non verbale, il sorriso può essere segno d'imbarazzo e di rispetto e non facilmente decodificabile ad un primo contatto. L'espressione corporea dei sentimenti è disdicevole al primo incontro o quando non vi è confidenza, specie di fronte al medico, visto come autorità. La cultura tradizionale deriva da una civiltà che ha radici storiche antichissime e questa stessa civiltà ha un'idea di salute, come equilibrio globale tra corpo e mente, oggi in occidente molto apprezzata. Non è una semplice idea d'unità psiche e soma ma la convinzione profonda che aspetti psichici, fisici, ambientali sono varie facce dello stesso concetto: stare bene. In generale le donne mantengono rapporti forti con la medicina tradizionale, anche se esistono diversità legate alla specifica zona di provenienza (la Cina è grande e con ampie diversità culturali). Ne discendono alcuni aspetti pratici come, ad esempio, la modalità d'espressione del disturbo, spesso vista dall'operatore come confusa difficile da interpretare e ricondurre ai nostri schemi diagnostici, la richiesta d'aiuto, che si configura come non specialistica anche in un contesto specialistico. Nella medicina tradizionale non esiste il concetto d'organo malato ma solo quello d'uomo o donna malati. La consapevolezza della propria diversità, la necessità di ottenere risposta e la capacità d'adattamento di questa popolazione, può determinare un adeguamento dell'utente all'operatore, al punto che spesso la richiesta è formulata in relazione alle capacità di risposta (eco, esami strumentali) che sono note specie ai più inseriti. La richiesta d'esami strumentali può essere inadeguata e sostitutiva dei normali controlli, ma se l'attenzione dell'operatore si fa più attenta, la relazione di cura si arricchisce fino a diventare un vero rapporto di fiducia. I controlli emato/chimici in gravidanza incontrano molte resistenze da parte della donna cinese, perché nella tradizione, il sangue è elemento fondamentale (insieme all'energia) per il buon andamento della gravidanza. Secondo i testi classici della medicina tradizionale: "Il sangue in gravidanza aumenta allo scopo di nutrire il feto". Quindi l'estrazione di sangue dal corpo materno è visto come potenzialmente dannoso. E' frequente, in questi casi, la necessità di ridurre il numero di prelievi per rendere accettabile il necessario controllo. Nonostante ciò esiste una base culturale comune, il concetto di prevenzione che è fondamentale nella medicina cinese ed enfatizza l'importanza dello stile di vita, dell'alimentazione per il mantenimento della salute. Un altro elemento culturale, per cui spesso le anamnesi sono difficili da raccogliere, è l'idea della malattia come tabù, di cui è disdicevole parlare; in genere solo durante il secondo o terzo colloquio emergono dati clinici rilevanti. L'alimentazione in gravidanza risente molto dell'idea tradizionale di benessere-salute. Gli alimenti, nella tradizione medica, sono raggruppati in categorie utili per curare le malattie in base alle caratteristiche del sapore, freddo/caldo, che non si riferiscono però alla temperatura, ma alla natura intrinseca del cibo. Nella dieta mancano, inoltre, quasi completamente i derivati del latte, in relazione ad una caratteristica costituzionale, che ne ostacola la digestione (carenza di lattasi). E' quindi evidente, con queste utenti, l'importanza di un'adeguata mediazione linguistico-culturale, per la comprensione reciproca.

## La Gravidanza

Dai dati CedAP (2003) della regione Emilia Romagna, si rileva che in regione le donne del Marocco, Albania, Tunisia, Cina e Romania contribuiscono al 50.7% del totale delle donne immigrate che hanno partorito. In Generale si può dire per queste donne prevale l'idea di naturalità dell'evento, in cui si intrecciano in modo dinamico elementi diversi. La donna immigrata cerca un suo modo di vivere la gravidanza nel paese ospite, a partire dalla sua cultura d'origine, dal diverso senso del pudore, dalla religione, dalle abitudini di vita. L'ostacolo principale, non è sempre la diversità culturale, ma è rappresentato, anche, da fattori sociali, da eventuali condizioni di marginalità. Questo impegno a mettersi in sintonia con se e con il nuovo mondo è fonte di difficoltà nella conoscenza dei servizi per la tutela della salute, nell'adesione ai protocolli clinici proposti per il monitoraggio della gravidanza. Il numero di visite in gravidanza è minore e di frequente la prima visita è oltre il primo trimestre. Per tutti questi motivi nell'accoglienza e nella presa in carico della donna immigrata è importante l'approccio improntato alla complessità dei problemi posti. Ci sono poi, alcune problematiche sanitarie, che nei nostri paesi si sono fatte più rare, ma che possono riemergere nelle donne immigrate o che sono legate ad aspetti culturali, cui dobbiamo porre attenzione per evidenziarle se presenti. Mi riferisco alle seguenti condizioni cliniche: anemia, emoglobinopatie (diverse da quelle frequenti nel nostro paese), crescita ponderale non adeguata, alcune MTS, infibulazione (solo in alcune etnie e non collegate a motivi religiosi). Altrettanto importanti sono gli aspetti relazionali e psicologici relativi alla maternità vissuta in un contesto di migrazione cioè in solitudine e senza il supporto delle donne della famiglia e gli aspetti psicologici in alcune situazioni di disagio sociale in Italia o al paese d'origine. A questo proposito, un accenno al puerperio e all'allattamento. Molti dei supposti rifiuti ad allattare, sono correlati alla solitudine della neomamma, che non ha punti di riferimento femminili a supporto dei primi periodi di vita del bambino. Ci sono poi alcuni aspetti tradizionali, legati a questo periodo, che creano disorientamento perché in forte contrasto con le abitudini del paese ospite o con necessità di lavoro. Ad esempio per la donna cinese il puerperio è un momento in cui secondo la medicina tradizionale, la puerpera deve attenersi ad un riposo quasi assoluto, si occupa solo del bambino e si alimenta con cibi speciali, ma nostro paese è costretta da motivi economici a riprendere subito il lavoro. Inoltre in ospedale le si richiede d'essere autonoma e ciò è spesso fonte d'equivoci con il personale sanitario. Un'altro elemento da sottolineare è l'alimentazione, ci sono diversità di tradizioni che influenzano la gestazione, ad esempio, la donna araba tende ad avere un'alimentazione tradizionale ricca di carboidrati e quindi un eccessivo aumento di peso, questo non succede nelle donne cinesi, sia a causa del ritmo di lavoro sia per le diverse abitudini alimentari, che potrebbero avere il problema inverso e che frequentemente presentano bassi livelli d'emoglobina. L'errore alimentare più comune, si riscontra quando alle abitudini tradizionali si associano cibi, industriali (bibite, succhi di frutta, merendine..) che non sono recepiti come nutrienti, sbilanciando, di conseguenza l'apporto calorico complessivo. Per questi motivi è importante raccogliere informazioni relativamente ai cibi d'uso comune e successivamente ragionare insieme sulla scelta dell'alimentazione più opportuna, applicando di conseguenza le conoscenze teoriche e scientifiche. Non è possibile conoscere le abitudini alimentari di tutto il mondo, d'altro canto sarebbe inutile consigliare il parmigiano ad una donna cinese, che non mangia formaggio, né derivati del latte (a causa di una diffusa carenza di lattasi, in questa popolazione).

E' bene ricordare che il cibo è un'importante elemento di riconoscimento, soprattutto nella donna in gravidanza, perciò, il medico che si occupa, con rispetto, dell'alimentazione favorisce la sensazione di essere presa in cura e la collaborazione della donna. Tutte queste difficoltà favoriscono l'idea, molto diffusa, che queste donne non siano interessate alla loro salute in gravidanza, i pochi dati sotto riportati riferibili all'esperienza del CSDS suggeriscono che se l'offerta di servizio è adeguata la compliance può esistere. Come si vede dalla tabella, dal 1999 ad oggi sono aumentate le donne seguite in gravidanza (anche in relazione all'aumento delle donne immigrate) e sono aumentate il

numero medio di visite in gravidanza che si attesta su valori adeguati ai più accreditati protocolli per il controllo della gravidanza (O.M.S.)

Gravidanze per anno al CSDB e N° di accessi.			
1999	176	n° accessi per donna	3,8
2000	195	n° accessi per donna	4,2
2001	222	n° accessi per donna	4,6
2002	223	n° accessi per donna	5,3
2003	219	n° accessi per donna	4,8
2004	291	n° accessi per donna	4,8

Tab. N° 2: numero di gravidanze e numero di visite in gravidanza dal 1999 al 2004.

### L'interruzione volontaria di gravidanza

La variazione di richiesta d'IVG nelle donne con cittadinanza straniera, aumenta da 8.967 nel 1995 a 25.094 nel 2001, quindi dal 7,1% al 19,1% del totale delle IVG in Italia, con distribuzione prevalente, nelle regioni dell'Italia settentrionale. La prima causa di questa crescita è sicuramente l'aumento delle donne provenienti dai paesi poveri del mondo e in effetti, se analizziamo (dati Spinelli 2003) i tassi d'abortività volontaria (ovvero il N° di IVG per 1000 donne straniere d'età 15-44) nelle donne immigrate degli ultimi quattro anni, essi sono relativamente stabili passando dal 27,4 per 1000 nel 1996 al 30,5 nel 1999. Quest'ultimo indice è in ogni modo superiore di circa tre volte rispetto alle donne italiane (9 per 1000). Tale maggior ricorso all'IVG ha molteplici cause: la precarietà delle condizioni di vita nel nostro paese, le differenze culturali o un maggiore utilizzo dell'IVG stesso nel paese d'origine. In Regione l'andamento delle IVG nelle donne immigrate si attesta sul 26% del totale degli aborti volontari. Questo dato è sicuramente correlato all'aumento numerico della popolazione, immigrata, in quanto si ritrova analogo andamento nei dati della natalità e dell'abortività spontanea (Convegno ISS IVG 19 Novembre 03 relazione Verdini-Borsari). Da una rilevazione fatta presso il CSDB si evidenzia un dato confortante, la tendenza al ritorno al controllo post-IVG. Il numero complessivo delle richieste di IVG rapportate ai ritorni per il controllo post-intervento. Si evidenzia sui due anni una percentuale di ritorni attorno al 45-50 % distribuita maggiormente tra i paesi che richiedono più IVG. Possiamo ipotizzare, che questo comportamento, potrebbe essere un indice della capacità di queste donne ad utilizzare il servizio anche per la prevenzione, una volta stabilito il giusto contatto e accoglienza. D'altro canto l'IVG è per la donna immigrata, è spesso il primo accesso ai nostri servizi, quindi, è l'occasione per inserirla nella rete dei servizi, per informarla relativamente alla pianificazione delle nascite e alla prevenzione in ambito riproduttivo. L'approccio globale e interdisciplinare al problema, che tiene conto degli aspetti di diversità, in termini positivi e valorizzanti, favorisce, l'accesso e la conoscenza dei servizi, quindi in ultima analisi la presa di coscienza della donna. La mobilità di questa utenza non ci permette di fare delle ipotesi esaustive sull'efficacia dell'intervento e sulla sua durata nel tempo, però proprio tenendo conto di questa variabilità possiamo dire che questa percentuale di ritorni è un dato confortante, relativamente alle risorse delle donne immigrate, da un lato e del servizio dall'altro. La maggior parte delle utenti che ritornano dopo l'IVG chiede contraccezione, colpisce comunque la presenza di un 17,5 e 16,7 % di nessuna contraccezione, anche se bisogna sottolineare che in complesso, l'80% delle donne ha richiesto contraccezione per il 2001 e l'83% per il 2002.

### La prevenzione oncologica

In molti paesi d'origine non sono attive campagne di prevenzione oncologica, che è attuata o attuabile presso i servizi quindi l'informazione in questo campo è molto carente e ostacolata dal difficoltoso accesso ai servizi di prevenzione. Questo problema è confermato dai numeri, infatti nel 2002 su una popolazione target di 1627 per la nostra AUSL, solo 284 donne pari al 17,5 % hanno eseguito il pap test presso i nostri servizi.

### La contraccezione

Ogni anno più di mezzo milione di donne muoiono per complicazioni da gravidanza, parto, aborto provocato, la grande maggioranza nei paesi in via di sviluppo. Oltre 100.000 morti materne, potrebbero essere evitate attraverso l'uso costante di un contraccettivo sicuro. ("Progress in reproductive health research Effective contraception-more benefits than meet the eye Maston C. Clean J the effects of contracepton on obstetrcs autcomes. Geneva WHO 2003").

Spesso si sente affermare, che le donne immigrate non fanno contraccezione ed in effetti la conoscenza dei metodi contraccettivi non è sempre molto diffusa tra queste popolazioni. Ciononostante, la contraccezione è possibile purché l'offerta sia adeguata e rispettosa della diversità. Nella tabella si può vedere come al nostro servizio la percentuale d'accessi per contraccezione sul totale degli accessi, rimane, seppure con alcune variazioni abbastanza costante nel tempo. Inoltre il rapporto tra numero d'accessi annuo e il numero d'utenti per contraccezione, è in aumento, almeno fino al 2002. Questo dato suggerisce una maggiore responsabilizzazione della donna stessa verso la prevenzione della gravidanza indesiderata, indica infatti che la donna tende a tornare almeno una volta per il controllo contraccettivo nel corso dell'anno. I dati del 2003 sembrano suggerire un cambiamento di tendenza (N° utenti 453 e accessi 637), che si potrebbe spiegare con l'accesso al CSDB di popolazioni di recentissima migrazione, con una bassissima conoscenza della contraccezione e scarsa consapevolezza relativamente alla salute riproduttiva. Negli ultimi anni poi si è incrementato il lavoro dedicato all'assistenza alla gravidanza che occupa gran parte dell'attività del servizio.

<b>Contraccezione al CSDB dal 1997 al 2002</b>						
Anno	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Totale accessi	2.072	2.663	2.768	3.287	3.127	2.914
Accessi per contraccezione	490	785	763	849	780	669
% accessi per contracc. su tot.	23,6	29,5	27,7	26,4	24,9	22,9
Totale utenti	1.047	1.088	1.091	1.100	1.098	1.057
Totale utenti contraccezione	402	421	424	476	468	381
Prestazioni per contraccezione	1.351	1.323	1.317	1.393	1.384	1.922
% utenti per contracc. su tot.	38,4	38,7	38,8	43,3	42,6	36,0
Rapporto tra n. accessi e n. Utenti per contraccezione	1,2	1,9	1,7	1,8	1,8	1,8

Tab. N° 4 Contraccezione al CSDB dal 1997 al 2002

Se poi analizziamo il dato tipologia della contraccezione richiesta, ci rendiamo conto che prevale in generale la richiesta di contraccezione orale, anche se si rilevano evidenti diversità nell'accettazione dei vari metodi. Perciò, pur senza trarre conclusioni, statistiche, sembra esservi una maggiore richiesta di contraccezione orale da parte dei paesi dell'Europa Orientale e dell'Africa occidentale e viceversa una maggiore accettazione dello IUD da parte delle donne cinesi. .

### Le malattie a trasmissione sessuale

Possono essere più frequenti in alcune fasce di popolazione femminile immigrata a causa della presenza di particolari condizioni di rischio sociale (es: la donna immigrata prostituta è sicuramente un soggetto debole con scarsi strumenti di tutela e prevenzione ). Nel periodo 97-98 in cui il CSDB ha collaborato con l'Unità di Strada del Comune di Bologna, sono state rilevate nelle 319 utenti, afferite al servizio, le seguenti MTS: ureplasma ureliticum (71,5%) micoplasma (30%):gonococco: 0,8%(1), herpes: 2,3%(3), clamydia:(con isolamento del germe): 6%, escherichia coli:10%, streptococchi: 24%, trichomonas:2,3%, condilomi acuminati(diagnosi clinica): 3%, klebsiella



:0,8%, scabbia: 2,3%, micosi:28 %, (prevalente candida albicans un caso di torulopsis glabrata) La sierologia ha evidenziato Lue sierologica 9% (esclusivamente nei paesi dell'est) Hbsag:4 % (Marcatori di una pregressa infezione da virus B, erano presenti nel 38% del campione), Hcv: 7%, Hiv:3%, Positivà anticorpale alla clamidia:22%. Seppure, la percentuale di HIV positivi è per fortuna inferiore alle attese, una parte importante di queste donne è portatrice di MTS minori e si è presentata al servizio con algie pelviche suggestive di PID e flogosi delle vie urinarie (130 pari al 41 %). Ciò, suggerisce un livello di protezione con il condom, inferiore a quello riferito e quindi un potenziale rischio a contrarre patologie a trasmissione sessuali più gravi.

#### La violenza sulla donna immigrata

Questo è un evento spesso misconosciuto e sottaciuto dalle stesse vittime: offerte di lavoro, che terminano in una richiesta prestazione sessuale, molestie sessuali rivolte alle donne straniere che lavorano come badanti, violenze più visibili, ma non per questo più riconosciute, nei confronti delle donne che più o meno volontariamente sono coinvolte nel traffico della prostituzione; è uno scenario ancora difficile da quantificare ma molto più frequente di quanto s'immagini.

#### Alcune pratiche tradizionali

Attualmente al centro di un intenso dibattito, che ha importanti implicazioni sulla salute riproduttiva, ad esempio la questione delle mutilazioni genitali femminili, questa pratica non ha alcuna relazione con la Religione ed è un residuo, ancora diffuso in nazioni del Corno d'Africa Egitto e Nigeria, di pratiche tradizionali (non collegate alla religione) che hanno lo scopo di controllare la sessualità della donna, in regioni a forte componente patriarcale. Dai risultati di un'indagine effettuata dal dicembre 2000 al dic 2001 (G.Gori, Le Mutilazioni Genitali Femminili nella popolazione immigrata in Emilia Romagna in Emilia Romagna) si rileva che il 26.4% dei ginecologi della regione ha affermato di avere avuto in cura pazienti con mutilazioni genitali durante, il periodo in esame, mentre il 58% ha dichiarato di averne visitate durante la propria carriera professionale. I dati raccolti evidenziano, anche, che tipo di mutilazione genitale rilevata nelle pazienti, dei 242 professionisti, con esperienza, il 41.7% ha dichiarato di avere riscontrato un'infibulazione completa, il 58.3%, una mutilazione parziale. Le motivazioni per cui le pazienti si sono rivolte ai ginecologi sono nell'87.6% per motivi inerenti alla vita riproduttiva, nel 32.6% per problemi ginecologici, nel 12.3% per visite di controllo o paptest, nell'11.2% per interventi di de-infibulazione, nessuna per richieste di re-infibulazione post-parto. Le MGF sono ancora molto radicate nella cultura di questi paesi, per il diffuso giudizio sociale rivolto alle donne non infibulate. Relativamente alla gravidanza, la MGF, nel suo aspetto più mutilante, determina complicanze al momento del parto, per questi motivi è importante informare, con rispetto, la donna e la coppia relativamente ai possibili rischi connessi al parto e offrirgli la possibilità della deinfibulazione.

#### Conclusioni

E' sempre più evidente di fronte alle necessità di salute di queste utenti ripensare la organizzazione dei servizi, tenendo conto della complessità dei percorsi di vita, contestualizzando i bisogni di salute, facilitando i percorsi attraverso la semplificazione degli accessi ai servizi, attraverso la mediazione culturale sempre più diffusa, attraverso la rivalutazione del lavoro d'equipe e del servizio inteso come interrelazione tra utente, struttura e operatori. A questo proposito l'esperienza dei consultori dedicati alla donna immigrata in Italia è un bagaglio di conoscenze preziose a cui rifarsi per trovare esperienze e ipotesi di soluzione per una riorganizzazione dei servizi e dello stile di lavoro, nell'ottica di una offerta di salute adeguata ai bisogni dell'utenza, italiana e straniera.

#### Bibliografia

- 1) Angela Spinelli, Michele Grandolfo, Serena Donati, Silvia Andreozzi, Cristiana Longhi, Mauro Bucciarelli, "L'assistenza alla nascita delle donne straniere dopo l'introduzione delle nuove Normative" (Istituto Superiore di Sanità, Laboratorio d'Epidemiologia e Biostatistica, Roma), Atti dell'intervento alla VII Consensus Conference sulla immigrazione e V Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni Erice il 19-22 maggio 2002
- 2) La presenza straniera in Italia negli anni '90., Roma: ISTAT, 1998.

- 3) L'immigrazione straniera in Emilia-Romagna - dati 1.1.2003, Franco Angeli
- 4) LEGGE REGIONALE 24 marzo 2004, n. 5 NORME PER L'INTEGRAZIONE SOCIALE DEI CITTADINI STRANIERI IMMIGRATI. MODIFICHE ALLE LEGGI REGIONALI 21 FEBBRAIO 1990, N. 14 E 12 MARZO 2003, N. 2 BOLLETTINO UFFICIALE n. 40 del 25 marzo 2004
- 5) Caritas e Migrantes. Immigrazione: Dossier statistico 2003. XIII Rapporto sull'immigrazione. Roma: Edizioni Nuova Anterem, 2003.
- 6) Mara Tognetti Bordogna, "Le molte forme della migrazione femminile" pubblicato in M. Giusti, Formare all'intercultura, Angeli, Milano 2004
- 7) Istituto Superiore di Sanità "Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze" a cura di Aldo Morrone, Angela Spinelli, Salvatore Geraci, Luigi Toma e Silvia Andreozzi. Rapporti ISTISAN 03/4 2003.
- 8) Convegno, "Programma regionale di riorganizzazione dei consultori familiari" Bologna 15-16 dicembre 2003; "La Salute Riproduttiva delle Donne Immigrate D.sa D. Vezzani AUSL di Modena
- 9) F. Carchedi, A. Picciolini, G. Mottura, G. Campani. "I Colori della Notte, Migrazioni, sfruttamento sessuale, esperienze di intervento sociale" Franco Angeli
- 10) La nascita in Emilia-Romagna, 1° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) Novembre 2004, Dante Baronciani, Vittorio Basevi CeVEAS, Modena, Sergio Battaglia, Camilla Lupi Simonetta Simoni, Eleonora Verdini.
- 12) Le Mutilazioni Genitali Femminili (MGF) nella popolazione immigrata in Emilia Romagna Coordinatore ricerca: Gianfranco Gori, Unità Operativa Ostetricia Ginecologia, Azienda USL, Forlì
- 15) 13) Immigrati in provincia di Bologna: i numeri e le tendenze (2004) Parte prima: le presenze Brigitta Guarasci, Monica Mazzoni e Ambra Chili, Matteo Piantedosi, Claudia Bovini, Chiara Pintor.
- 14) L'esperienza dei centri o Spazi per la salute delle donne immigrate e dei loro bambini in Emilia/Romagna, Maria Giovanna Caccialupi responsabile del Centro per la salute delle donne immigrate e loro bambini