

PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE E APPROCCIO TRANSCULTURALE PER L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA IN CONDIZIONI DI VULNERABILITÀ

A cura di Kindi Taila, Daniela Spettoli e Alessia Prati.

Premessa

I.C.A.R.E. *Integration and Community Care for Asylum and Refugees in Emergency* (HOME/2017/AMIF/AG/EMAS/0075) è un progetto europeo, promosso dalla Regione Emilia Romagna, in collaborazione con la Regione Lazio, Sicilia e Toscana. Il progetto nasce con l'obiettivo di migliorare la fase di accesso ai Servizi Sanitari Territoriali per i Titolari o i Richiedenti Protezione Internazionale e Casi Speciali, assicurando una risposta ai bisogni di salute il più possibile omogenea e di sistema.

Gli obiettivi del progetto comprendono:

- il miglioramento della fase di accesso ai servizi sanitari territoriali, attraverso interventi multidisciplinari che tengano conto delle **best practice** attuate nelle Regioni;
- lo sviluppo di interventi trasversali e il monitoraggio delle attività progettuali, assicurando una risposta il più possibile omogenea e di sistema che possa diventare modello nazionale, standardizzando processi organizzativi di accesso e cura, tempestivi e specifici, rivolti ai titolari e/o richiedenti di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità sanitaria (RTPI);
- la creazione di percorsi multidisciplinari *ad hoc* per rispondere in modo appropriato e tempestivo ai diversi bisogni di salute di richiedenti e titolari di protezione internazionale.

Attenzione particolare è rivolta a donne e minori, spesso vittime di abusi e violenze, cui conseguono patologie che necessitano di particolare attenzione e cura da parte dei servizi sanitari territoriali. Considerato l'alto impatto di queste problematiche nel quotidiano e sui servizi, il progetto ha lo scopo di portare a sistema un modello di accoglienza e cura, agendo con caratteristiche di tempestività e specificità di interventi, sulla base dei bisogni riscontrati e delle caratteristiche socio culturali individuate dalle équipe multidisciplinari territoriali.

L'IVG in Italia

In Italia, nel 2017 sono state notificate 80.733 interruzioni volontarie di gravidanza (IVG), numero che conferma il *trend* di progressiva diminuzione del fenomeno che si osserva dal 1983, quando questi interventi erano circa 235mila. È quanto emerge dalla “Relazione contenente i dati definitivi 2017 sull’attuazione della L.194/78 che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l’interruzione volontaria della gravidanza (IVG)”. I dati sono raccolti dal Sistema di sorveglianza epidemiologica delle IVG, che vede impegnati l’Istituto superiore di sanità (ISS), il Ministero della Salute, l’ISTAT, le Regioni e le due Province Autonome. Un terzo delle IVG totali in Italia continua a riguardare donne straniere, contributo che però sta nel tempo diminuendo in percentuale, in numero assoluto e nel tasso di abortività. A questo proposito si è dimostrato efficace proporre a queste donne, in occasione del percorso nascita, un counseling sulla procreazione responsabile, per promuovere un maggior uso dei metodi contraccettivi alla ripresa dei rapporti sessuali dopo la gravidanza. In generale, i decrementi osservati nei tassi di abortività sembrano indicare che tutti gli sforzi fatti in questi anni, specie dai consultori familiari, per aiutare a prevenire le gravidanze indesiderate e il ricorso all’IVG stiano dando i loro frutti, anche nella popolazione immigrata; sarà quindi indispensabile rafforzare e potenziare questi servizi.

L’indagine condotta dall’Istituto Superiore di Sanità sulle IVG e sul percorso nascita tra le donne straniere ha evidenziato un quadro caratterizzato da:

- scarse conoscenze della maggioranza delle donne straniere sulla fisiologia della riproduzione e sui metodi per la procreazione responsabile;
- difficoltà delle donne straniere ad avere informazioni sulla contraccezione (1 straniera su 3 non ha ricevuto informazioni a riguardo dai servizi una volta arrivata in Italia);
- interesse ad utilizzare i contraccettivi espresso da parte di un’ampia maggioranza di donne straniere (in particolare alla ripresa dei rapporti sessuali dopo il parto).

Nell’ambito del progetto “Prevenzione IVG nelle donne straniere” promosso e finanziato dal Ministero della Salute – CCM e coordinato dalla Regione Toscana, in collaborazione con l’Istituto Superiore di Sanità e l’Università La Sapienza di Roma, sono state individuate e

condivise in Emilia Romagna una serie di buone prassi da implementare e promuovere, finalizzate alla tutela della salute sessuale e alla prevenzione dell'IVG tra le donne straniere. Particolare attenzione è stata posta sulle principali criticità dei percorsi assistenziali, sulle strategie comunicative per facilitare la conoscenza, semplificare l'accesso e la fruibilità dei servizi da parte delle donne straniere, sugli interventi di promozione ed educazione alla salute e sul potenziamento della rete ospedale/territorio/comunità.

Percorso clinico-assistenziale per l'IVG

La domanda di Interruzione Volontaria di gravidanza viene accolta da personale qualificato grazie alla presenza di una équipe medico/ostetrica consultoriale. All'interno dell'équipe, le competenze e i ruoli dei diversi professionisti sono chiari e ben definiti, allo scopo di evitare il rischio di ridondanza o sovrapposizione del lavoro. Con l'accoglienza, vengono fornite alla donna le informazioni necessarie a intraprendere l'intero percorso. In tutti i casi in cui si rendesse opportuno, è possibile attivare le altre figure professionali componenti l'équipe consultoriale, come lo Psicologo e l'Assistente Sociale. Ove possibile, sono individuati professionisti dedicati, nel tentativo di garantire la necessaria continuità assistenziale; per i casi più complessi e in presenza di vulnerabilità viene di norma identificato un case manager.

Per quanto attiene gli aspetti organizzativi del percorso è necessario predisporre:

- procedure locali che prevedano tempi dedicati e spazi adeguati
- protocolli integrati per la presa in carico delle gravidanze multiproblematiche
- certificati tradotti in lingua, e presenza della mediazione linguistico culturale se necessaria
- prenotazione dell'intervento IVG direttamente da parte del consultorio presso le strutture preposte
- prenotazione della visita post IVG in consultorio, anche da parte dell'ospedale al momento della dimissione
- counseling e prescrizione/consegna della contraccezione, per l'avvio tempestivo di un metodo contraccettivo già dal giorno stesso dell'intervento;

- garanzia di una offerta contraccettiva ampia, che comprenda tutte le metodiche disponibili e definizione di procedure per la contraccezione post IVG condivise tra territorio e ospedale
- creazione di una rete stabile ed efficace con il servizio amministrativo per affrontare eventuali ostacoli burocratici nella tutela della paziente, evitando così il rischio di dispersione e riducendo il rischio di drop out.

Come previsto dalla Legge, la prestazione viene completata con le informazioni necessarie alla prevenzione delle gravidanze indesiderate per favorire la prevenzione dell'aborto ripetuto e per fornire alla donna strumenti per tutelare la propria salute.

Il **percorso nascita** rappresenta uno dei periodi migliori in cui intervenire perché la gravidanza e il postpartum costituiscono la più grande opportunità di contatto con i servizi sanitari, specie per le donne immigrate. Per contraccezione postpartum (postpartum family planning) si intende la prevenzione di gravidanze non desiderate o troppo ravvicinate nei primi 12 mesi dalla nascita del bambino. In questo periodo sono infatti maggiori le probabilità di gravidanze indesiderate (7,5 il rischio relativo di aborto indotto nei primi 6 mesi dal parto) e la mancanza di un adeguato intervallo tra gravidanze comporta un aumento del rischio di esiti avversi: prematurità, basso peso alla nascita, morbosità e mortalità materna.

Possibili strategie per promuovere e aumentare le opportunità di counseling e per incrementare la conoscenza delle diverse possibilità contraccettive e dei servizi:

- garantire un'offerta contraccettiva ampia e rispondente alle diverse esigenze delle donne e delle coppie;
- coinvolgere i partner nella scelta contraccettiva, con un colloquio possibilmente di coppia;
- programmare incontri di gruppo con le donne straniere durante la gravidanza o nel puerperio con la presenza della mediatrice linguistico culturale;
- sfruttare tutte le occasioni di contatto del percorso nascita per offrire counseling sulla contraccezione postpartum;
- prescrivere/ consegnare il contraccettivo già alla visita di controllo postparto.

La **fornitura gratuita di contraccettivi** nelle fasce di popolazione a rischio ha lo scopo di promuovere e incentivare l'utilizzo della contraccezione in momenti chiave quali l'adolescenza, il postpartum e il post IVG, superando le barriere economiche che potrebbero ostacolare l'accesso alla prevenzione delle gravidanze indesiderate. Questa modalità di intervento si è dimostrata molto efficace nella prevenzione delle gravidanze indesiderate, sia tra la popolazione adulta che in quella giovanile, soprattutto con l'utilizzo di metodi long acting. Per sostenere questa azione sarà necessario:

- definire criteri di erogazione e target specifici;
- garantire la sostenibilità dell'intervento;
- accompagnare l'erogazione con un adeguato counseling e follow up;
- ampliare l'offerta contraccettiva tenendo conto delle preferenze culturalmente orientate;
- monitorare e rimodulare l'offerta in base alle esigenze specifiche emergenti.

Risulta imprescindibile una modalità operativa orientata all'offerta attiva, cercando soluzioni che permettano di raggiungere le persone più in difficoltà, con strumenti insufficienti per tutelare la propria salute. In questo senso sarà pertanto fondamentale uscire dalle strutture sanitarie organizzando incontri con le comunità migranti per raggiungere target di popolazione che altrimenti non si rivolgerebbero ai servizi sanitari territoriali. Sarà importante programmare questi interventi in integrazione con gli enti locali e le realtà sociali presenti nel territorio; gli incontri saranno improntati all'ascolto e alla raccolta dei bisogni di salute delle donne, alla sensibilizzazione sulla promozione della salute riproduttiva e al miglioramento della conoscenza dei servizi disponibili sul territorio.

È inoltre indispensabile ripensare gli **interventi di educazione socio-affettiva e sessuale** e di promozione della salute tenendo in considerazione il tema della multiculturalità e considerando le specificità degli immigrati di seconda generazione attraverso l'organizzazione di incontri con i giovani, la formazione di peer educators e la trasmissione di informazioni attraverso i canali di comunicazione maggiormente utilizzati tra i giovani.

L'**accesso ai servizi per le donne straniere** può essere facilitato attraverso:

- una buona formazione all'accoglienza dei professionisti;
- la presenza della mediazione linguistico culturale;
- l'accesso diretto in grado di fornire una prima risposta al bisogno presentato;
- la presenza di professionisti conosciuti;
- un'accoglienza alla singola persona che ne garantisca la privacy.

La **formazione specifica dei professionisti sanitari** a un approccio multiculturale per la tutela della salute sessuale dovrà comprendere:

- approfondimenti sulla normativa relativa all'erogazione di assistenza sanitaria agli stranieri;
- acquisizione di strumenti operativi per l'offerta attiva quali metodi attivi di conduzione di gruppi;
- metodologie e strumenti di sensibilizzazione per il counseling contraccettivo transculturale;
- prevenzione, diagnosi precoce e trattamento delle malattie sessualmente trasmesse;
- consulenza contraccettiva, percorso IVG e gravidanza;
- prevenzione e individuazione precoce della violenza domestica e di genere.

Dovrà inoltre essere prevista la **formazione specifica per i mediatori culturali** impiegati nell'ambito di salute della donna. La mediazione linguistico-culturale risulta infatti uno strumento di fondamentale importanza per migliorare l'accesso ai servizi da parte delle donne straniere e per facilitare la comunicazione nei momenti di contatto e incontro. La presenza di mediatrici dovrà essere calibrata ai bisogni del territorio, rendendola facilmente accessibile a tutti i professionisti sanitari e prevedendo momenti di formazione congiunta.

In un'ottica di miglioramento continuo della qualità dei servizi, sarà infine necessario prevedere una **verifica degli interventi** realizzati attraverso l'identificazione e il monitoraggio di indicatori di processo, risultato ed esito, al fine di rimodulare i percorsi in base ai bisogni emergenti e ai nuovi obiettivi da raggiungere.

BIBLIOGRAFIA

1. Il miglioramento dei contesti organizzativi per la prevenzione delle IVG nelle donne straniere: proposte di buone prassi - Progetto CCM - Prevenzione delle IVG tra le donne straniere. Regione Emilia-Romagna; 2014.
2. Peipert J.F.1, Madden T., Allsworth J.E. et al. Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. *Obstet. Gynecol.* 2012; 12:1291-7.
3. Secura G.M., Madden T. et al. Provision of No-Cost, Long-Acting Contraception and Teenage Pregnancy. *N. Engl. J. Med.* 2014; 371:1316-23.
4. Spinelli A. et al. L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia. Rapporti ISTISAN 06/17. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2006.
5. Linee di indirizzo per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza nell'ambito dei Piani di zona per la salute ed il benessere sociale. DDR 1690/2008. Delibera della Giunta Regionale. Regione Emilia-Romagna; 2008.
Link: <http://www.saluter.it/documentazione/leggi/regionali/delibere/dgr-1690-2008>
6. La contraccezione transculturale. Direzione sanità e politiche sociali. Regione Emilia-Romagna; 2007. Link:
http://www.consultoriemiliaromagna.it/file/user/documento_finale_contraccezione_transculturale.pdf
7. Buone pratiche per la prevenzione dei comportamenti sessuali a rischio fra gli adolescenti di origine straniera. Regione Emilia-Romagna; 2013.
Link: http://www.consultoriemiliaromagna.it/file/user/Fascicolo_linee_indirizzo.pdf
8. World Health Organization. Programming strategies for postpartum family planning. Geneva: WHO; 2013.
9. World Health Organization. Statement for collective action for postpartum family planning. Geneva: WHO; 2012.
10. World Health Organization. Report of a WHO technical consultation on birth spacing. Geneva: WHO; 2005.