



**Il miglioramento dei contesti
organizzativi per la
prevenzione delle interruzioni
volontarie di gravidanza (IVG)
nelle donne straniere**

PROPOSTE DI BUONE PRASSI



Redazione a cura di:

Daniela Spettoli, Silvana Borsari - Servizio Assistenza Territoriale, Regione Emilia Romagna

Impaginazione:

Elena Castelli - Servizio Assistenza Territoriale, Regione Emilia Romagna

Questo documento è consultabile sul sito dei consultori familiari della Regione Emilia-Romagna:

www.consultoriemiliaromagna.it

Edizione: novembre 2014

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte

Sommario

Introduzione	p. 5
Proposta di buone prassi	p. 5
Aspetti organizzativi del percorso assistenziale per l'IVG	p. 6
Rimodulazione della consulenza contraccettiva nel percorso nascita	p. 7
Fornitura gratuita di contraccettivi nelle fasce di popolazione a rischio	p. 8
Interventi di offerta attiva	p. 9
Educazione alla salute per i giovani	p. 10
Utilizzo della mediazione linguistico-culturale	p. 10
Organizzazione dell'accesso ai servizi	p. 10
Formazione degli operatori	p. 11
Bibliografia	p. 12

Il gruppo di lavoro

Borsari Silvana - Regione Emilia-Romagna
Basevi Vittorio - Regione Emilia-Romagna
Dataro Pier Giorgio - AUSL Piacenza
Del Serto Antonietta - AUSL Bologna
Farina Astrid Else - AUSL Ferrara
Gilioli Sonia - AUSL Modena
Guarnieri Angela - AUSL Parma
Leonelli Giovanna - AUSL Bologna
Lesi Grazia - AUSL Bologna
Mantuano Rosalbino - AUSL Romagna
Nedeo Doina - AUSL Ferrara
Orsi Nicoletta - AUSL Parma

Pace Leonardo - AUSL Romagna
Pasetti Silvia - AUSL Romagna
Pelicelli Ambra - AUSL Reggio Emilia
Pirini Marzia - AUSL Romagna
Ragazzini Susanna - AUSL Romagna
Sparano Marina - AUSL Reggio Emilia
Spettoli Daniela - Regione Emilia-Romagna
Taila Kindi - AUSL Modena
Travisani Daniela - AUSL Romagna
Tumidei Roberta - AUSL Romagna
Villagran Paulina - AUSL Piacenza
Zanasi Paola - AUSL Romagna

Introduzione

La popolazione straniera residente in regione Emilia-Romagna rappresenta il 12% del totale e circa il 40% proviene da soli 3 paesi: Romania, Marocco e Albania, ma sono 170 le nazionalità presenti. Le donne rappresentano il 53% dei residenti stranieri (*fonte dati: Regione Emilia-Romagna, aggiornata al 01/01/2014*).

In regione, analogamente a quanto succede sul territorio nazionale, il tasso di abortività (numero di IVG per 1000 donne in età feconda tra 15-49 anni) sta costantemente diminuendo, passando da 21,8 nel 1980 a circa 8,3 attualmente. Il tasso di abortività per le donne straniere, pur essendosi pressoché dimezzato dal 2003 a oggi, continua a rimanere più alto rispetto a quello delle donne italiane (19,7 vs 5,7) (*fonte dati: Regione Emilia-Romagna, banca dati IVG*).

L'indagine condotta dall'Istituto Superiore di Sanità sulle IVG e sul percorso nascita tra le donne straniere ha evidenziato un quadro caratterizzato da [1]:

- μ scarse conoscenze della maggioranza delle donne straniere sulla fisiologia della riproduzione e sui metodi per la procreazione responsabile;
- μ 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);
- μ 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).

Proposta di buone prassi

Il presente documento rappresenta il lavoro conclusivo di un percorso formativo rivolto a un gruppo di professionisti dei Consultori familiari della regione Emilia-Romagna, realizzato 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.

L'obiettivo è stato quello di individuare e condividere 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 accento è stato posto sulla condivisione di alcuni aspetti critici dei percorsi assistenziali, sulle strategie organizzative per facilitare la conoscenza, l'accesso e la fruibilità dei servizi da parte delle donne straniere, sugli interventi di promozione e educazione alla salute e sul rinforzo della collaborazione con ospedale, comunità, associazioni.

Sono qui proposte diverse azioni per migliorare le prassi già in atto o per sperimentarne altre più innovative. Si è scelto un approccio sistemico basato su una visione globale ed integrata della salute della donna, in particolare della salute riproduttiva e sessuale delle donne immigrate, che si è tradotto nell'articolazione di interventi e strategie in ambiti diversi.

Aspetti organizzativi del percorso assistenziale per l'IVG

Rappresenta l'occasione per favorire la prevenzione dell'aborto ripetuto e per fornire alla donna strumenti per tutelare la propria salute. In alcune realtà sono ancora presenti criticità per la mancanza di continuità assistenziale tra consultorio e ospedale. Le proposte condivise sugli aspetti organizzativi sono:

- μ presa in carico da parte di una equipe medico/ostetrica, allargabile successivamente a assistente sociale e psicologo, con preventiva identificazione, ove possibile, di professionisti dedicati (per tutte le figure professionali) o comunque cercando di garantire la continuità assistenziale;
- μ definizione, all'interno delle singole equipe, dei ruoli, le competenze e i compiti dei diversi professionisti, allo scopo di evitare il rischio di ridondanza o sovrapposizione del lavoro;
- μ definizione di procedure locali che prevedano tempi dedicati e spazi adeguati (almeno 30 minuti) e l'utilizzo della cartella regionale secondo il fac-simile inviato con nota dell'Assessore politiche per la salute, protocollo PG/2009/294321 del 24/12/2009 (visibile sul sito www.consultoriemiliaromagna.it);
- μ presenza di un protocollo integrato distrettuale per la presa in carico delle gravidanze multiproblematiche (vedi DGR1690/2008) [2];
- μ identificazione dinamica di un case manager, nei casi più complessi;
- μ presenza di certificati tradotti in lingua, da consultare;
- μ prenotazione dell'intervento IVG direttamente da parte del consultorio presso le strutture preposte, possibilmente al momento della certificazione, preferibilmente per via telematica (ad esempio prevedendo dei posti disponibili per i consultori nella programmazione ospedaliera);
- μ prenotazione della visita post IVG in consultorio, al momento del rilascio della certificazione in consultorio a 2 settimane dall'intervento;
- μ counselling e prescrizione/consegna della contraccezione già al momento della richiesta dell'IVG, in modo da poter avviare tempestivamente l'assunzione di un metodo contraccettivo il giorno stesso dell'intervento;

- μ garanzia di una offerta contraccettiva ampia, che comprenda tutte le metodiche attualmente disponibili;
- μ definizione di procedure per la contraccezione post IVG anche condivise tra territorio e ospedale (applicazione IUD post intervento, rinforzo e completamento del percorso post IVG);
- μ in caso non sia stata prenotata la visita post-IVG al momento della certificazione:
 - ü per le donne che hanno eseguito una procedura medica, invio da parte dell'ospedale al consultorio al momento della dimissione, per usufruire della consulenza contraccettiva;
 - ü per le donne che hanno eseguito una IVG chirurgica, prenotazione da parte della struttura ospedaliera dell'appuntamento in consultorio per il controllo post IVG a 14 giorni anche per le donne che non hanno eseguito il certificato in consultorio;
- μ richiamo telefonico da parte del consultorio per il controllo post IVG, previa raccolta del consenso informato;
- μ creazione di una rete stabile e efficace con il servizio amministrativo, ad esempio identificando in ogni distretto/azienda un referente amministrativo di pronta consultazione, per affrontare eventuali ostacoli burocratici nella tutela della paziente per l'assistenza sanitaria, evitando così il rischio di dispersione (es. sottraendo energie e tempo al counselling) e il contenimento del rischio di abbandono.

Rimodulazione della consulenza contraccettiva nel percorso nascita

Rappresenta uno dei periodi migliori in cui intervenire perché la gravidanza e il postpartum rappresentano la più grande opportunità di ripetuti contatti con i servizi sanitari, specie per le donne immigrate, senza un significativo aumento del fabbisogno di strutture e personale.

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 [3,4]. 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 [5].

Si propongono una serie d'azioni per promuovere e aumentare le opportunità di counselling, per incrementare la conoscenza delle diverse possibilità contraccettive e dei servizi stessi:

- μ riorganizzazione e aggiornamento delle procedure per la consulenza contraccettiva, in generale e nel postparto, per poter garantire un'offerta contraccettiva ampia e rispondere alle diverse esigenze delle donne e delle coppie;
- μ valutazione dell'importanza di coinvolgere i partner nella scelta contraccettiva, con un colloquio, quando possibile, di coppia, per ascoltare e rimuovere eventuali pregiudizi;
- μ programmazione di incontri di gruppo con le donne straniere durante la gravidanza o nel puerperio con la presenza della mediatrice;
- μ offerta di counselling sulla contraccezione postpartum durante tutte le opportunità di contatto nel percorso nascita: visite di controllo in gravidanza, momento del parto presso i punti nascita, sia durante la degenza che al momento della dimissione, incontri per l'allattamento
- μ prenotazione della visita postparto direttamente dal punto nascita al consultorio o prenotazione alla ultima visita in gravidanza;
- μ richiamo telefonico nel postparto per le donne che non si presentano al controllo;
- μ counselling e prescrizione del contraccettivo alla visita di controllo postparto, privilegiando i metodi long acting (es. IUD e impianto sottocutaneo);

Fornitura gratuita di contraccettivi nelle fasce di popolazione a rischio

Lo scopo è promuovere e incentivare l'utilizzo della contraccezione nei momenti chiave quali l'adolescenza, il postpartum e il post IVG, superando le barriere economiche all'accesso che potrebbero ostacolare alcuni gruppi specifici nella prevenzione delle gravidanze indesiderate. Questa modalità di intervento ha dimostrato un'efficacia elevata nel prevenire le gravidanze indesiderate, sia tra la popolazione adulta che in quella giovanile, soprattutto con l'utilizzo di metodi *long acting* [6,7]. L'intervento implica una serie di azioni:

- μ stabilire chiari criteri di erogazione in base allo specifico target da supportare;
- μ garantire la sostenibilità per evitare che l'erogazione si configuri come un intervento spot;
- μ accompagnare sempre l'erogazione a un adeguato counselling e un follow up per monitorare l'effettivo e corretto utilizzo dei contraccettivi erogati (vedi documento "La contraccezione transculturale") [8];
- μ ampliare l'offerta contraccettiva includendo in particolare i metodi contraccettivi "preferiti" dai gruppi di popolazione presenti sul proprio territorio;
- μ monitorare e rimodulare l'offerta in base alle esigenze specifiche del proprio territorio;

Interventi di offerta attiva

Risulta irrinunciabile la messa in atto di una modalità operativa orientata all'offerta attiva, con la disponibilità dei servizi e degli operatori ad andare incontro all'utenza, cercando soluzioni innovative che permettano di raggiungere le persone più in difficoltà, con strumenti insufficienti per tutelare la propria salute, e creando allo stesso tempo una continuità con i servizi stessi:

- μ uscire dalle strutture sanitarie e organizzare incontri con le comunità migranti, da promuovere nei loro luoghi di aggregazione e durante i loro abituali momenti di ritrovo, considerando la possibilità di inserimento in altri eventi già organizzati, per raggiungere target di popolazione che altrimenti non arriverebbero al servizio. È importante programmare questi interventi in integrazione con gli enti locali e le realtà sociali presenti nel territorio;
- μ prevedere in questi interventi il coinvolgimento del maggior numero di figure (mediatrici, figure leader nella comunità, volontari, altri servizi sanitari, sanità pubblica, MMG, PdLS) e la sperimentazione di modalità innovative come ad esempio la peer education;
- μ comprendere tra gli obiettivi degli incontri:
 - a. l'ascolto e la raccolta dei bisogni di salute delle donne, anche al fine di riorientare l'offerta clinica;
 - b. la sensibilizzazione sulla promozione della salute riproduttiva e, nello specifico, la contraccezione, la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse e la violenza di genere;
 - c. il miglioramento della conoscenza dei servizi disponibili sul territorio e la creazione di una relazione di fiducia, favorita dalla continuità assistenziale (es. ritrovare le stesse persone all'interno del servizio);
- μ sviluppare e condividere strumenti di educazione sanitaria adeguati ai diversi sottogruppi di popolazioni target (es. elaborazione di materiale o adattamento locale di materiali già elaborati in contesti internazionali e nazionali);
- μ considerare questi interventi esterni parte integrante della programmazione annuale dei servizi (tempi dedicati), monitorando e rimodulando in base a i risultati ottenuti;
- μ coinvolgere gli enti locali, le comunità straniere e le associazioni presenti sul territorio, nell'ambito della progettazione dei Piani distrettuali per la salute e il benessere.

Educazione alla salute per i giovani

E' utile ripensare agli interventi di educazione socio-affettiva e sessuale e di promozione alla salute tenendo in considerazione il tema della multiculturalità e considerando le specificità degli immigrati di seconda generazione (vedi documento regionale "*Buone pratiche per la prevenzione dei comportamenti sessuali a rischio fra gli adolescenti di origine straniera*") [9], in particolare:

- μ organizzare incontri con i giovani nelle scuole, nei consultori, in luoghi di aggregazione, utilizzando metodologie attive per promuoverne la partecipazione e permettere loro di esprimere opinioni, condividere riflessioni;
- μ formare peer educators in un'ottica multiculturale, coinvolgendo anche giovani di origine straniera, che possano offrire il loro supporto in questi incontri o essere direttamente i protagonisti dell'attività di sensibilizzazione;
- μ promuovere la trasmissione di informazioni via web, sfruttando la diffusione di questo mezzo di comunicazione tra i giovani. I servizi dovrebbero sviluppare pagine web con materiale informativo di facile accesso o divulgare tra i giovani la conoscenza di quelle già esistenti.

Utilizzo della mediazione linguistico-culturale

La mediazione linguistico-culturale risulta indispensabile e sempre auspicabile, sia per migliorare l'accesso ai servizi da parte delle donne straniere che per facilitare la comunicazione nei vari momenti di contatto ed incontro (vedi documento "*La contraccezione transculturale*") [8].

E' necessario organizzare la presenza di mediatrici in base ai bisogni del territorio, rendendola facilmente accessibile ai professionisti e prevedendo momenti di formazione integrata tra mediatrici e professionisti sanitari.

Organizzazione dell'accesso ai servizi

L'esperienza degli spazi consultoriali per le donne straniere ed i loro bambini ha evidenziato alcune condizioni necessarie per facilitare l'accesso delle donne straniere ai servizi:

- μ buona formazione dei professionisti all'accoglienza;
- μ presenza della mediazione linguistica culturale;

- μ accesso diretto con un'accoglienza che sia in grado di fornire una prima risposta al bisogno portato;
- μ presenza di professionisti conosciuti che sono già stati nei luoghi frequentati dalle donne straniere (comunità, luoghi di ritrovo etc.);
- μ accoglienza alla singola persona garantendone la privacy anche rispetto ad eventuali accompagnatori che potranno essere coinvolti in momenti successivi;

Dove non sono presenti spazi dedicati sarà necessario ricreare le condizioni su indicate, in particolare l'accesso diretto con la presenza di mediazione in alcuni momenti definiti.

Formazione degli operatori

Risulta importante promuovere la formazione dei professionisti sanitari con un approccio multiculturale per la tutela della salute sessuale, emerge quindi la necessità di organizzare le seguenti occasioni di formazione:

- μ approfondimento sulla legislazione riguardante l'assistenza sanitaria agli stranieri;
- μ acquisizione di strumenti operativi per l'offerta attiva: metodi attivi di conduzione di gruppi, per facilitare gli interventi partecipati nelle comunità e con i giovani;
- μ metodologie e strumenti di sensibilizzazione per il counselling contraccettivo transculturale, nonché sviluppo di competenze per l'utilizzo di metodi contraccettivi long acting (IUD e impianti sottocutanei);
- μ prevenzione, diagnosi precoce e trattamento delle malattie sessualmente trasmesse in ambito di consulenza contraccettiva, percorso IVG e gravidanza;
- μ prevenzione e individuazione precoce della violenza domestica e di genere;
- μ formazione specifica per i mediatori culturali in ambito di salute della donna.

In generale, nell'ottica di un miglioramento continuo della qualità complessiva dei servizi, risulta indispensabile la programmazione e la valutazione di tutti gli interventi realizzati, in maniera che ciascun territorio possa rimodulare i propri percorsi organizzativi a partire da un'attenta analisi della situazione: definizione degli obiettivi da raggiungere e delle strategie ed azioni per conseguirli, descrizione puntuale dei risultati attesi, allocazione delle risorse in maniera coerente, implementazione delle azioni previste loro monitoraggio e valutazione attraverso l'identificazione e l'utilizzo di indicatori di processo, risultato ed esito.

Bibliografia

1. 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
2. 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>
3. World Health Organization. Programming strategies for postpartum family planning. Geneva: WHO; 2013
4. World Health Organization. Statement for collective action for postpartum family planning. Geneva: WHO; 2012
5. World Health Organization. Report of a WHO technical consultation on birth spacing. Geneva: WHO; 2005
6. 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
7. 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
8. La contraccezione transculturale. Direzione sanità e politiche sociali. Regione Emilia-Romagna; 2007. Link: http://www.consultoriemiliaromagna.it/file/user/documento_finale_contraccezione_transculturale.pdf
9. 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