



Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali



Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie

PREVENZIONE IVG DONNE STRANIERE

Ente proponente REGIONE TOSCANA

Ente esecutore REGIONE TOSCANA

Referente scientifico Dott. Valerio Del Ministro

TITOLO: PREVENZIONE IVG DONNE STRANIERE

ANALISI STRUTTURATA DEL PROGETTO

Descrizione ed analisi del problema

Negli anni recenti oltre al generale aumento dell'immigrazione si è verificata una femminilizzazione tale dei flussi che oggi le donne rappresentano circa la metà degli immigrati presenti in Italia. Secondo il Dossier Caritas/Migrantes 2008, al 31 dicembre 2007 le donne rappresentavano circa il 50% dei 3.987.112 di immigrati regolari stimati.

Come conseguenza dell'aumento della popolazione immigrata negli ultimi 20 anni, si è osservato anche un incremento del numero di Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) effettuate da donne straniere (40.224 nel 2007 rispetto a 10.131 nel 1996). Questo valore corrisponde ormai al 32,2% di tutte le IVG effettuate a livello nazionale nell'anno 2007.

In generale, in questa popolazione la conoscenza della fisiologia della riproduzione e dei metodi per la procreazione responsabile è scadente: una parte consistente delle donne non è in grado di identificare il periodo fertile, conosce superficialmente i metodi per la procreazione responsabile e li utilizza in modo improprio (la metà delle immigrate rimane incinta nonostante l'uso di metodi anche di comprovata efficacia, ma usati scorrettamente). Il coito interrotto risulta il metodo maggiormente utilizzato tra le donne dell'Est Europa, mentre tra le donne del Sud America la pillola e il preservativo si sono spesso rivelati inefficaci per un uso non corretto.

E' proprio l'area delle scelte riproduttive quella che fa registrare una significativa differenza tra donne italiane e straniere. Queste ultime infatti fanno ricorso all'IVG in percentuale significativamente superiore a quella delle donne italiane, anche quando provengono da Paesi culturalmente più orientati verso maternità ricercate e ripetute. Nel 2005 (ultimo dato disponibile) il tasso (standardizzato) di abortività tra queste donne è risultato essere pari a 26,5 per 1000 a fronte del 7,1 per mille delle donne italiane e se si considerano le donne più giovani il rapporto è di quasi 5 casi di IVG di donne straniere per ogni IVG effettuata da donne italiane.

Inoltre se per le italiane i livelli maggiori di abortività si registrano nella fascia fra i 25 e i 34 anni (sebbene negli ultimi anni si stia assistendo ad uno spostamento verso le età più giovani), per le donne straniere è presente un trend fortemente decrescente dalle età più giovani a quelle più avanzate. La maggior parte delle straniere che abortiscono in Italia sono cittadine dell'Est Europa, ma anche di paesi del Centro-Sud America, dell'Africa e dell'Asia nell'ordine.

Il numero e la percentuale di IVG effettuate da donne immigrate è molto variabile a livello regionale, con valori più elevati nelle regioni con una maggior presenza di popolazione immigrata, variando per l'anno 2007 dal 45,0% di IVG da cittadine straniere effettuate in Veneto, al 7,3 % del Molise.

Soluzioni proposte sulla base delle evidenze

Al fine di sostenere la procreazione cosciente e responsabile come evidenziato da numerosi studi effettuati, si rende necessario promuovere:

- l'offerta attiva alle donne immigrate di counselling sulla fisiologia e sui metodi per la procreazione responsabile, attraverso specifici interventi di Sanità Pubblica. In particolare, come dimostrato da ciò che si è verificato in questi ultimi 25 anni nella popolazione italiana, è essenziale puntare sulla consapevolezza delle donne e sull'erogazione di prestazioni socio sanitarie integrate;
- la riorganizzazione dei servizi attraverso la rimozione delle barriere d'accesso organizzative, burocratico-amministrative e culturali anche attraverso la formazione degli operatori sulle normative vigenti e sulle diversità culturali, al fine di aumentare l'accesso delle donne straniere ai servizi stessi.

Una particolare attenzione deve essere prestata alla formazione all'intercultura degli operatori sanitari.

Infatti, l'incontro degli operatori sanitari italiani con il paziente straniero e le problematiche che ne derivano sia in termini clinico-relazionali che di necessità di riorganizzazione dei servizi costituisce una dimensione di particolare rilevanza. In particolare, la mancanza di una formazione di base ed il perdurare di una pratica assistenziale esclusivamente ispirata ad un paradigma di tipo biomedico, rende difficile per gli operatori riconoscere gli aspetti dell'assistenza sanitaria legati alla diversa cultura di appartenenza degli utenti, ed il confronto tra le due culture può produrre situazioni di difficoltà, di conflitto o l'emergere di stereotipi o pregiudizi che possono condizionare negativamente l'efficacia dell'intervento ed il corretto ed appropriato ricorso ai servizi.

In genere le donne immigrate vengono identificate come extracomunitarie di recente immigrazione, di bassa condizione socio-economica e con scarsa conoscenza della lingua italiana. La tendenza è poi quella di percepirla come utenza indifferenziata nonostante le differenze evidenti e quindi ad omogeneizzare i comportamenti di risposta anziché ricorrere agli opportuni strumenti.

Qualsiasi azione si voglia intraprendere è opportuno avvalersi delle esperienze più qualificate del terzo settore (*Associazioni di donne immigrate, Associazioni di volontariato, ONG, Cooperative sociali, Associazioni di promozione sociale, ecc.*) che grazie al patrimonio di conoscenze e di esperienze accumulate e per la sua posizione di sentinella, può e deve essere un interlocutore privilegiato, che, senza sostituirsi alle istituzioni, può affiancarsi ad esse in maniera complementare per lo sviluppo di politiche e servizi appropriati nonché contribuire ai percorsi formativi degli operatori sanitari, soprattutto per l'acquisizione di strumenti di approccio multiculturale agli immigrati.

Inoltre un contributo importante può essere fornito dalle stesse comunità di immigrati, sia per evidenziare gli eventuali problemi e le differenze culturali, sia per trasmettere le informazioni necessarie a garantire l'uguaglianza al diritto alla salute.

Fattibilità /criticità delle soluzioni proposte

Il progetto vedrà il coinvolgimento, con il coordinamento della Regione **Toscana** di una rappresentanza (per ripartizione geografica) di Regioni individuate tenendo conto anche conto dell'entità del fenomeno in oggetto. A seguito dell'invito ad aderire al progetto, trasmesso dalla Regione Toscana a tutti gli Assessori, ad oggi hanno aderito **Veneto, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Lazio, Umbria, Campania e Sicilia**.

Fondamentale sarà il coinvolgimento, trasversale sui tre obiettivi specifici, delle **Associazioni** che svolgeranno un ruolo di primo piano nell'impianto, condivisione ed implementazione del progetto.

L'Università Sapienza di Roma e l'Istituto Superiore di Sanità forniranno, attraverso le proprie risorse umane e la loro esperienza nel settore, il supporto metodologico per la realizzazione del progetto, tenendo conto delle esperienze e delle realtà presenti nelle differenti Regioni.

Una parte dei fondi, pari al 40%, verrà distribuito alle Regioni ed alle loro Associazioni di donne straniere per le attività da svolgere a livello regionale.

Il rimanente verrà utilizzato per la predisposizione di un pacchetto formativo e l'attivazione della formazione "a cascata", materiale informativo, la definizione di percorsi per favorire l'accesso e l'utilizzo dei servizi.

Tali prodotti, una volta sperimentati e validati nelle suddette Regioni potranno essere messi a disposizione delle altre Regioni.

Il raggiungimento delle donne straniere, i cambiamenti negli aspetti organizzativi dei servizi ed i rapporti tra servizi territoriali/ospedalieri/Associazioni possono costituire momenti di criticità.

Bibliografia

1. Cacciani L, Baglio G, Rossi L, Materia E, Marceca M, Geraci S, Spinelli A, Osborn J, Guasticchi G. Hospitalisation among immigrants in Italy. *Emerging Themes in Epidemiology* 2006; 3:4.
2. Caritas/Migrantes, Dossier Statistico Immigrazione 2009, Roma, Edizioni Idos, 2009.
3. Diasio N. *Donne, bambini, figli, nell'esperienza della migrazione*. In: S. Geraci (a cura di), *Approcci transculturali per la promozione della salute*, Anterem 2000.
4. Geraci S. (a cura di) *Approcci transculturali per la promozione della salute. Argomenti di Medicina delle Migrazioni*, Roma, Anterem 2000.
5. Loghi M, D'Errico A., Spinelli A. *Abortività volontaria da donne straniere*. In: Rapporto Osservasalute – Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane, Milano, Edizioni Prex, 2008.
6. Marceca M, Geraci S, Mazzetti M. *Itinerari formativi sulla medicina delle migrazioni. Note a margine di una decennale esperienza*. Studi Emigrazione 2005; 157: 105-116.
7. Marceca M. *Il fenomeno immigratorio. Politiche sanitarie e percorsi di tutela*. Salute e Territorio 2008; 168: 170-5
8. Marceca M. *La salute degli stranieri tra fatti, contraddizioni e cambiamenti*. In: Fondazione ISMU – Iniziative e Studi sulla Multietnicità. "Tredicesimo rapporto sulle migrazioni 2007". Milano, FrancoAngeli, 2008; 145-163.
9. Marceca M. *La salute*. In: Fondazione ISMU – Iniziative e Studi sulla Multietnicità. "Quattordicesimo rapporto sulle migrazioni 2008". Milano, FrancoAngeli, 2009; 137-152.
10. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali. *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della gravidanza e per l'interruzione volontaria della gravidanza (legge 194/78): dati preliminari 2008, dati definitivi 2007 – 29 luglio 2009*.
11. Spinelli A, Baglio G, Lispi L, Guasticchi G. Condizioni di salute delle donna immigrata in Italia. *Annali d'Igiene* 2005; 17: 231-41.
12. Spinelli A., Forcella E., Di Rollo S., Grandolfo M. *L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia* Rapporto ISTISAN,06/17, 2006.
13. WHO. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, WHO, 2003.

OBIETTIVI E RESPONSABILITA' DI PROGETTO

OBIETTIVO GENERALE: Ridurre i tassi di ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza, tra le donne straniere, attraverso la promozione di una maggiore consapevolezza della propria salute riproduttiva, una maggiore conoscenza dei metodi contraccettivi, dei Servizi socio-sanitari, come i consultori, delle norme a sostegno della maternità e contro l'abbandono dei neonati

OBIETTIVO SPECIFICO 1: FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

Promuovere la formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata ad approcci interculturali per la tutela della salute sessuale e riproduttiva (in particolare contraccezione e prevenzione IVG)

OBIETTIVO SPECIFICO 2: ACCESSO E FRUIBILITA' DEI SERVIZI

Definire e sperimentare percorsi organizzativi che favoriscano l'accessibilità e l'utilizzo dei servizi da parte delle donne immigrate e possano aiutare nella prevenzione all'IVG

OBIETTIVO SPECIFICO 3: INFORMAZIONE

Promuovere una diffusa e capillare informazione per la popolazione immigrata finalizzata alla tutela della salute sessuale e riproduttiva, alla prevenzione dell'aborto ed alla diffusione delle misure a sostegno della maternità e di prevenzione dell'abbandono dei neonati

CAPO PROGETTO - Referente scientifico del progetto: Dott. **Valerio DEL MINISTRO**, Dirigente responsabile del settore assistenza sanitaria del Dip.to Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà della Regione Toscana

UNITA' OPERATIVE COINVOLTE

Unità Operativa 1	Referente	Compiti
Sapienza Università di Roma	Prof. Maurizio Marceca <i>Dipartimento Scienze di Sanità Pubblica 'G. Sanarelli'</i>	FORMAZIONE DEGLI OPERATORI 1a) Analisi dei punti di forza e delle aree critiche nella relazione tra operatori delle strutture socio-sanitarie e donne immigrate. 1b) Individuazione principali necessità formative degli operatori sanitari, sociali e amministrativi sul tema. 1c) Formulazione di pacchetti formativi partendo dalle "best practices" già sperimentate sul territorio e attivazione della formazione 'a cascata' con le regioni partecipanti.
Unità Operativa 2	Referente	Compiti
Istituto Superiore di Sanità	Dott.ssa Angela Spinelli <i>CNESPS</i>	ACCESSO E FRUIBILITA' DEI SERVIZI 2a) Revisione della letteratura e delle esperienze locali di metodologie risultate efficaci e di modelli organizzativi già sperimentati all'interno di strutture del SSN e del privato sociale che facilitino la presa in carico e l'individuazione di percorsi assistenziali appropriati. 2b) Stesura di documenti, accordi/delibere tra i servizi e associazioni coinvolte per la loro messa in rete, con particolare attenzione ai servizi consultoriali. 2c) Implementazione a livello locale delle indicazioni presentate nei documenti, accordi/delibere. 2d) Valutazione dell'effetto delle misure adottate nelle realtà locali che hanno implementato i nuovi percorsi da almeno 1 anno.
Unità Operativa 3	Referente	Compiti
Regione Toscana	Dott. Valerio Del Ministro <i>Dip.to Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà</i>	- COORDINAMENTO DEL PROGETTO - INFORMAZIONE: 3a) Individuazione ed implementazione di modalità di offerta attiva di strumenti di educazione sanitaria adeguati ai diversi sottogruppi di popolazioni target con il coinvolgimento delle associazioni/comunità straniere e delle organizzazioni non governative. 3b) Informazione rivolta agli operatori sanitari e amministrativi. 3c) Produzione e diffusione/promozione nelle diverse Regioni di materiale informativo finalizzato alla procreazione cosciente e responsabile adeguato alle realtà locali ed al proprio bacino d'utenza in stretta collaborazioni con le associazioni di donne immigrate. 3d) Valutazione dell'impatto della comunicazione sulla popolazione immigrata.

PIANO DI VALUTAZIONE

OBIETTIVO GENERALE	Ridurre i tassi di ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza, tra le donne straniere, attraverso la promozione di una maggiore consapevolezza della propria salute riproduttiva, una maggiore conoscenza dei metodi contraccettivi, dei Servizi socio-sanitari, come i consultori, delle norme a sostegno della maternità e di prevenzione dell'abbandono dei neonati
Indicatore/i di risultato	<ol style="list-style-type: none"> 1) <i>Tasso di abortività delle donne immigrate</i> 2) <i>Percentuale di aborto ripetuto tra le donne immigrate che ricorrono all'IVG</i> 3) <i>Percentuale di donne straniere che tornano ai consultori familiari per il controllo post-IVG</i> 4) <i>N° di donne immigrate esposte all'informazione sulla fisiologia della riproduzione, sulla procreazione responsabile e sulle norme a sostegno della maternità e contro l'abbandono dei neonati/popolazione target</i>
Standard di risultato	<ol style="list-style-type: none"> 1) <i>Riduzione del Tasso di abortività delle donne immigrate</i> 2) <i>Riduzione della percentuale di aborto ripetuto tra le donne immigrate</i> 3) <i>Almeno 70% e di donne straniere che tornano consultori familiari per il controllo post-IVG</i> 4) <i>Aumento delle donne informate</i>

OBIETTIVO SPECIFICO 1	FORMAZIONE DEGLI OPERATORI Promuovere la formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata ad approcci interculturali per la tutela della salute sessuale e riproduttiva (in particolare contraccezione e prevenzione IVG)
Indicatore/i di risultato	<i>Realizzazione di pacchetti formativi ad hoc e attivazione della formazione la cascata' per formatori</i>
Standard di risultato	<i>Partecipazione ai corsi per formatori di almeno il 70% delle Regioni partecipanti e di almeno il 70% degli operatori indicati dalle Regioni</i>

OBIETTIVO SPECIFICO 2	ACCESSO E FRUIBILITA' DEI SERVIZI Definire e sperimentare percorsi organizzativi che favoriscano l'accessibilità e l'utilizzo dei servizi da parte delle donne immigrate e possano aiutare nella prevenzione all'IVG
Indicatore/i di risultato	<ol style="list-style-type: none"> 1) <i>Accordi/delibere ASL/Aziende ospedaliere/Enti Locali /terzo settore ai fini della messa in rete dei servizi e della loro implementazione</i> 2) <i>Percentuale di donne straniere che tornano al consultorio per controllo post-ivg</i>
Standard di risultato	<ol style="list-style-type: none"> 1) <i>Accordi/delibere emanate in almeno il 70% delle Regioni/ASL</i> 2) <i>Almeno 70% di donne straniere che tornano al consultorio per il controllo IVG</i>

OBIETTIVO SPECIFICO 3	INFORMAZIONE Promuovere una diffusa e capillare informazione per la popolazione immigrata finalizzata alla tutela della salute sessuale e riproduttiva, alla prevenzione dell'aborto ed alla diffusione delle misure a sostegno della maternità e di prevenzione dell'abbandono dei neonati
Indicatore/i di risultato	<ol style="list-style-type: none"> 1) <i>Aumento delle conoscenze nella popolazione esposta valutata mediante questionario all'inizio e nella fase conclusiva del progetto</i> 2) <i>Accessi al consultorio ed al consultorio giovani per i servizi offerti nell'area della salute sessuale e riproduttiva</i>
Standard di risultato	<ol style="list-style-type: none"> 1) <i>Indagine effettuata in almeno 4 delle Regioni partecipanti per valutare l'aumento delle conoscenze</i> 2) <i>Aumento di almeno il 30% degli accessi al consultorio per i servizi offerti nell'area della salute sessuale e riproduttiva</i>

Rendicontazione**PIANO FINANZIARIO PER CIASCUNA UNITA' OPERATIVA**

Unità Operativa 1		
Risorse	Totale in €	35.000,00
<i>Personale</i>		16.000,00
<i>Beni e servizi</i>		5.000,00
<i>Missioni</i>		9.000,00
<i>Spese generali</i>		5.000,00

Unità Operativa 2		
Risorse	Totale in €	65.000,00
<i>Personale</i>		50.000,00
<i>Beni e servizi</i>		
<i>Missioni</i>		3.000,00
<i>Spese generali</i>		12.000,00

Unità Operativa 3		
Risorse	Totale in €	400.000,00
<i>Personale</i>		35.000,00
<i>Beni e servizi</i>		150.000,00
<i>Missioni</i>		6.000,00
<i>Spese generali</i>		9.000,00
<i>Trasferimenti alle Regioni - Associazioni</i>		200.000,00

PIANO FINANZIARIO GENERALE

Risorse	Totale in €	500.000,00
<i>Personale</i>		101.000,00
<i>Beni e servizi</i>		155.000,00
<i>Missioni</i>		18.000,00
<i>Spese generali</i>		26.000,00
<i>Trasferimenti alle Regioni - Associazioni</i>		200.000,00