

Percorsi diagnostico-terapeutici integrati territorio-ospedale per le donne immigrate in padova: nostra esperienza dal 1999 al 2004.

A.Torrise*°, D.Drago*°, G.Fais*, R.Ciullo*, E.Digiannantonio°, M.G.D'Aquino°, D.Minucci*

*Dipartimento di Scienze Ginecologiche e della Riproduzione Umana - Università degli Studi di Padova

°Azienda ULSS 16 - Padova

La Colposcopia in Italia Anno XX – N. 2 pagg. 26-29

Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento progressivo del flusso migratorio con una presenza sempre maggiore delle donne. In molti Paesi, infatti, sono spesso le donne le prime ad emigrare. A fine 2002 le presenze di immigrati nel Veneto erano stimate in 250.000 unità. Al trend di crescita per motivi di lavoro va aggiunto il ricongiungimento familiare. Il problema di maggiore entità, che continua a porsi, è quello degli immigrati irregolari per cui i dati ufficiali rappresentano la punta dell'iceberg della popolazione straniera effettivamente presente in Italia. È evidente che proprio i "clandestini" costituiscono il gruppo sul quale è più difficile realizzare interventi sanitari adeguati^{1,2,3}.

In questo studio abbiamo preso in esame le problematiche e le motivazioni prevalenti di accesso ai Servizi delle donne immigrate, in particolare le irregolari, pervenute da gennaio 1999 a luglio 2004 presso il Consultorio Familiare situato nella zona centrale di Padova, presso l'Ambulatorio Multietnico dell'ULSS 16 e presso l'Ambulatorio dedicato del Dipartimento di Scienze Ginecologiche e della Riproduzione Umana. Dai dati della Regione Veneto, Padova risulta essere la seconda provincia per numero di presenze di immigrati regolari ed irregolari. Per questi ultimi, in particolare per le donne straniere temporaneamente presenti, l'ULSS 16 di Padova ha attivato l'Ambulatorio Multietnico per meglio attuare interventi sia in ambito preventivo che diagnostico-terapeutico, ricercando percorsi assistenziali integrati Territorio-Ospedale. È stata istituita inoltre la Struttura ad alta specializzazione per l'immigrazione regolare e irregolare a gestione interaziendale tra l'ULSS 16 e l'Azienda Ospedaliera. È un nuovo Centro di coordinamento, diretto dalla

dott.ssa Mariagrazia D'Aquino, che punta a mettere in rete i Servizi di assistenza dei Distretti dell' ULSS 16 e dell'Ospedale, per dare una risposta non frammentaria, ma sistematica ed efficace ai bisogni degli stranieri, non più un'emergenza ma una realtà nuova da gestire al meglio, in una logica di tutela del singolo che diventa protezione della collettività. L'obiettivo prioritario è quello di individuare un'efficace sistema di integrazione tra Territorio ed Ospedale in grado di prefigurare i percorsi assistenziali adeguati ed efficaci per le donne extracomunitarie, in particolare irregolari, e per minori. Ciò per diffondere la cultura della prevenzione, in particolare per le MST, e della procreazione responsabile in questa fascia di popolazione con difficoltà di accesso ai Servizi per ragioni sociali, culturali e linguistiche^{4,5}. È stata attivata inoltre una rete di supporto psico-sociale per le donne immigrate irregolari. Per migliorare l'appropriatezza del Servizio, l'Ambulatorio ostetrico-ginecologico Multietnico lavora in collegamento con 'Open Window' del Comune di Padova, un Centro di informazione e orientamento ai Servizi situato in un quartiere ad alta densità abitativa di immigrati irregolari in cui si sviluppano fenomeni di prostituzione e spaccio di stupefacenti, con numerose Comunità di accoglienza, con i Servizi Sociali e quelli Ospedalieri. L'ambulatorio Multietnico è entrato a far parte inoltre di un sistema integrato con i Consultori Familiari, la Pediatria di Comunità, il Dipartimento di Scienze Ginecologiche e della Riproduzione Umana, la Divisione di Malattie Infettive, la Clinica Dermatologica.

Nell'Ambulatorio Multietnico si effettuano visite ginecologiche, esami colpocitologici e colposcopici e visite ostetriche. Particolare attenzione è data alla prevenzione, diagnosi e terapia delle patologie ginecologiche, in particolare Malattie Sessualmente Trasmesse (MST) e forme preneoplastiche, all'assistenza alla gra-

vidanza, alla scelta contraccettiva e alla prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza (IVG). Per l'assistenza alla gravidanza ed al parto sono stati attivati percorsi integrati con l'Azienda Ospedaliera - Dipartimento di Scienze Ginecologiche e della Riproduzione Umana, Divisione Ostetrica, Servizio di Genetica e con la Pediatria di Comunità. La raccolta dei dati anamnestici è orientata soprattutto alla rilevazione dei fattori di rischio per la salute dei soggetti immigrati. In base ai bisogni rilevati vengono attivati quindi i Centri Territoriali e Ospedalieri, Dermatologia ULSS 16, U.O. Microbiologia e Virologia, Pneumotisiologia ULSS 16, Divisione di Malattie Infettive, che operano in rete. Vengono effettuati interventi preventivi e psicosociali nei confronti delle donne provenienti da esperienze di tratta e sfruttamento sessuale integrando approcci diversi, sanitario, socio-culturale, a tutela della salute e per contrastare il ritorno a condotte di vita a rischio⁶. I rapporti ben collaudati e la collaborazione fattiva con una quindicina di Associazioni di Accoglienza consentono buoni risultati soprattutto in termini di compliance alla contraccezione e prevenzione-management MST.

Nelle gestione sono state introdotte modalità organizzative atte a superare il disagio della donna immigrata - apertura di fascia oraria dedicata, preparazione di materiale informativo-educativo, presenza di mediatori linguistico-culturali. I risultati sono soddisfacenti in termini di affluenza e soddisfazione della popolazione target, di messa in rete con le Comunità di Accoglienza, di continuità del servizio.

In collaborazione con i Ginecologi e le Ostetriche del Dipartimento di Scienze Ginecologiche e della Riproduzione Umana abbiamo posto particolare attenzione alle condizioni in cui le donne immigrate vivono la gravidanza ed il parto, in quanto la tutela della salute della donna e del bambino rappresentano momenti cardine per garantire dignità e sicurezza all'atto di divenire madre anche nelle situazioni culturali più diverse e nelle condizioni socio-economiche più svantaggiate.

Gli ambulatori ginecologici ed i reparti di Ginecologia e Ostetricia si sono confrontati per primi con un'utenza eteroculturale e hanno cercato quindi di trovare risposte a problematiche nuove e di decodificare bisogni non conosciuti. Abbiamo consultato anche la letteratura per cercare di identificare le caratteristiche culturali e religiose delle varie etnie per meglio personalizzare l'assistenza^{7,8,9}. La visita ginecologica, la gravidanza, il parto sono infatti eventi che hanno forti legami con le concezioni della vita, del dolore, della morte.

Per andare incontro alle esigenze delle future mamme è stata allestita una "sala parto multi-etnica" e le oste-

triche sono molto attente a rendere l'evento nascita più umano e naturale possibile, assecondando la cultura delle varie etnie. Le donne musulmane sostituiscono la hijab con un fazzoletto sterile, una 'liana' di stoffa appesa ad un palo permette alle donne che lo desiderano di partorire in piedi o accovacciate. Le partorienti africane alternano canti, preghiere e invocazioni d'aiuto nella loro lingua madre, momenti di eccitazione e iperattività motoria a situazioni di completo abbandono, quasi di trance. Le primipare giungono spesso precocemente al Pronto Soccorso con prodromi di travaglio che riferiscono insopportabilmente dolorosi. Le Cinesi invece sono in grado di assecondare e tollerare il dolore del travaglio molto bene, sono poco inclini a mostrare le loro emozioni, ma sono intolleranti al dolore da ferite chirurgiche considerate come un'interferenza in un processo naturale.

Nell'arco del periodo osservato abbiamo riscontrato un crescente incremento del numero dei nati e dei parti delle donne extracomunitarie, passate dal 5% del 1999 al 19% del 2003 e al 20,5% nel primo semestre del 2004. Nel 2003 hanno partorito 362 donne provenienti da 44 diversi Paesi su una popolazione ostetrica totale di 1907 donne afferenti al punto nascita di terzo livello del Dipartimento di Scienze Ginecologiche e della Riproduzione Umana. Provenivano dall'Europa dell'Est (44%), dall'Africa (33%), dall'Asia (18%), dall'America Latina (5%). Sono in media cinque anni più giovani delle donne italiane, fra di loro vi sono donne analfabete o con livello di istruzione molto basso, ma anche una percentuale alta di laureate, che non hanno potuto conseguire una realizzazione professionale corrispondente al titolo di studio. La loro anamnesi ostetrica evidenzia un'alta percentuale di IVG (15% vs 4% delle italiane), anche ripetute (4%) e un minor numero di controlli ostetrici (il 16% fa meno di quattro visite nell'arco della gravidanza) ed indagini ecografiche. Nel corso della gravidanza le donne cinesi continuano ad esercitare la loro attività lavorativa ad un ritmo molto sostenuto, le donne magrebine invece riducono l'attività, aumentano l'introito di cibi ricchi di glucidi e tendono ad aumentare di peso maggiormente rispetto alle italiane e alle donne di altre etnie. L'iperemesi interessa le straniere nel loro complesso maggiormente delle italiane e per un periodo molto più prolungato, segno forse di un disagio psicosomatico.

Il ricovero ospedaliero delle donne immigrate avviene perlopiù precocemente, spesso sollecitato dal marito poiché la donna è in casa da sola. La figura maschile, che nel Paese d'origine è estranea all'evento nascita per tradizione, diventa protagonista suo malgrado su richiesta dei sanitari per i quali funge da interprete e mediatore. Questo accade soprattutto per le donne

nordafricane, ma anche per molte subsahariane. Le donne filippine, sudamericane e dei Paesi dell'Est, che rappresentano realtà migratorie al singolare femminile, arrivano invece sole o accompagnate da amiche con cui coabitano, a volte da una vicina di casa italiana.

Parto per via vaginale e parto operativo si distribuiscono nella stessa proporzione fra le straniere e le italiane, ma estrapolando i dati si nota che cambia il timing del taglio cesareo, all'85% elettivo nella popolazione italiana al 57% fra le straniere. Le Africane vanno incontro al taglio cesareo con una frequenza maggiore della media, le Cinesi al contrario con una frequenza minore. Nelle donne immigrate è stata riscontrata un'incidenza lievemente maggiore di parto prematuro. Per quanto riguarda l'attività ambulatoriale abbiamo valutato le problematiche e le motivazioni prevalenti di accesso ai Servizi delle donne immigrate pervenute da gennaio 1999 a luglio 2004 e gli aspetti linguistico-culturali della comunicazione-relazione Medico-Paziente¹⁰.

Dai dati si rileva che il motivo prevalente dell'accesso ai Servizi ambulatoriali delle 2650 donne immigrate esaminate è stata la patologia genito-urinaria, quindi l'IVG e l'assistenza alla gravidanza. L'età delle donne era compresa fra i 16 e i 51 anni (mediana 30 anni). Le più giovani provenivano in prevalenza dai Paesi dell'Est.

Nell'Ambulatorio per le Malattie sessualmente trasmesse (MST) del Servizio di Ginecologia Oncologica e Citodiagnostica sono state seguite, sempre da una stessa ginecologa che è anche componente del gruppo che opera nell'Ambulatorio Multietnico, 248 donne immigrate HIV positive. Tutte sono state sottoposte a visita ginecologica-counselling, citologia cervico-vaginale, colposcopia, ricerca e tipizzazione HPV, biopsie mirate su indicazione cito/colposcopica¹¹. Le donne con lesioni genitali di alto grado sono state sottoposte

a terapia chirurgica escissionale e ad adeguato follow-up. Si è avuta riconferma dell'alta incidenza-prevalenza nelle donne HIV positive di CIN e di genotipi virali ad alto rischio. Abbiamo valutato la prevalenza delle sequenze virali di HPV in relazione all'esame citologico cervico-vaginale nelle 248 pazienti HIV positive, confrontandola con quella di un Gruppo di controllo composto di 692 donne HIV negative di cui 234 pervenute per screening e 458 per precedente Pap-test anormale (Tab.1). In 79 donne HIV positive abbiamo valutato anche lo shedding di HIV-1RNA nelle secrezioni cervico-vaginali correlandolo alla carica virale plasmatica, al livello dei linfociti CD4+ e alla terapia antiretrovirale (HAART). Nel 57,5% dei casi è stato possibile identificare l'HIV-1RNA nelle secrezioni cervico-vaginali, prevalentemente nei soggetti con maggiore immunodepressione. Nel 18,7% delle donne con carica virale plasmatica non dosabile è stato identificato l'HIV-1RNA, confermando che il tratto genitale femminile rappresenta un compartimento di replicazione di HIV-1RNA distinto da quello plasmatico con importanti implicazioni nella trasmissione eterosessuale¹¹.

Nella nostra attività abbiamo posto particolare attenzione alla comunicazione-relazione Medico-Paziente, momento essenziale nella realizzazione di un rapporto diagnostico-terapeutico efficace, particolarmente in ambito eteroculturale. Le conoscenze professionali del medico, il suo approccio analitico e terapeutico, infatti, entrano in relazione con le conoscenze, la cultura, l'emotività di un altro soggetto. L'aspetto relazionale qualifica e condiziona l'aspetto contenutistico della comunicazione tra medico e paziente, determinando in modo non secondario l'efficacia dell'intervento terapeutico. Questi aspetti sul piano comunicativo-relazionale assumono un particolare rilievo nell'ambito della visita ginecologica, soprattutto con le donne

Tabella 1 - Esame citologico cervico-vaginale e prevalenza di genotipi di HPV in donne HIV negative e HIV positive

Colpocitologia	HIV - Gruppo A HPV+			HIV - Gruppo B HPV+			HIV+ HPV+		
	N pz.	N	%	N pz.	N	%	N pz.	N	%
Negativo	202	6	2,9	40	2	5	66	16	24,2
LSIL	22	6	27,3	334	106	31,73	82	54	65,8
HSIL	2	-	-	76	66	86,8	46	38	82,6
Flogosi	8	4	50	8	2	25	54	24	44,4
Totale	234	16	6,5	458	176	36	248	132	53,22

immigrate con un diverso bagaglio socio-culturale. È importante quindi prendere in carico la persona nella sua complessità, puntando sulla qualità dell'ascolto soprattutto nel decodificare le risposte non verbali.

Ci sembra importante ribadire l'utilità di percorsi assistenziali integrati e condivisi Territorio-Ospedale e di adeguate modalità di comunicazione Medico-Paziente

nel rispetto delle differenti identità culturali per un management appropriato ed efficace e per ottenere una buona compliance.

Si ringraziano per la fattiva collaborazione il dott. Guido Ambrosini e le ostetriche Giuseppina Scapin e Manuela Paronetto

Bibliografia

1. Caritas di Roma, Anticipazioni Dossier Statistico Immigrazione 2003. Roma 2003.
2. S.Geraci (a cura di): Immigrazione e salute: un diritto di carta?, Anterem Ed., Roma, 1996
3. Facchini F. – Jaka Book, Milano 2002
4. Dubini V., Curiel P. – Gyneco AOGOI, anno III, n.8, 2002
5. M.Zambruni, D.Gobber, D.Drago, A.Torrisi, G.K.Keita, T.Fede: Atti LXXX Congresso S.I.G.O., Genova 2004
6. Signorelli A., Treppete M.: Servizi in vetrina. Manuale per gli interventi nel mondo della prostituzione migrante. Asterios Ed., Trieste, 2001.
7. F.Diani, G.Zanconato, F.Foschi, A.Turinnetto, M.Franchi: Management of the pregnant immigrant woman in the decade 1992-2001. J Obstet Gynaecol 2003; 23(6):615-7.
8. L.Chinosi: Sguardi di mamme: modalità di crescita dell'infanzia straniera, Franco Angeli Ed., Milano 2002.
9. Baccetti S.: La comunicazione interculturale in Sanità, Centro Scientifico Ed., Torino 2001
10. A. Torrisi, D. Drago, D.M.Paternoster, D. Minucci: Atti LXXIX Congresso S.I.G.O., Catania, ottobre 2003, pp.719-23
11. WHO HIV and RAR Departments. WHO's STD – Control Programme, 2003