



ANTEPRIMA
CONGRESSO
SIGO
AOGOI
AGUI

problema di salute.

È in quest'ottica che il Gruppo Nazionale Aogoi sulla violenza ha promosso uno studio multicentrico per studiare l'incidenza di violenza nelle donne che richiedono Ivg. L'idea nasce dal fatto che molta letteratura indica una incidenza maggiore di queste problematiche per le donne che ricorrono all'Ivg, in particolare ripetute, anche se esistono pochi dati che riguardano il nostro Paese.

In questi anni in cui ci siamo occupati del fenomeno della violenza abbiamo spesso evidenziato come la sfera ginecologica risulti quella che presenta maggiori sintomi quando una donna viva una relazione abusiva: il rischio di avere problemi ginecologici è infatti 3 volte maggiore per le donne vittime di violenza fisica e sessuale ri-

spetto alle altre.

La salute riproduttiva poi è un ambito che viene colpito in modo ancora più specifico.

Gravidanze indesiderate sono infatti spesso frutto di rapporti forzati o di relazioni asimmetriche nelle quali il partner maschile adotta una sorta di "sabotaggio contraccettivo" esercitando anche in questo modo il suo potere ed il suo controllo.

Ecco perché studiare questo fenomeno in una popolazione di donne che richiede Ivg può essere in qualche modo paradigmatico.

Si è così deciso di condurre uno studio multicentrico prospettico che ha coinvolto 12 centri di varie parti di Italia*: da novembre 2011 a marzo 2012 sono stati distribuiti dei questionari anonimi contenenti 17 domande prevalentemente a risposte chiuse, tra queste una parte di domande relative a esperienze di violenza con particolare riferimento a rapporti sessuali contro volontà, violenze sul posto di lavoro, in famiglia, nelle precedenti e attuali relazioni di coppia.

Il questionario, approvato dai comitati etici delle singole aziende, era strettamente anonimo e veniva compilato in assoluta privacy: è stato possibile disporre di traduzione in arabo, cinese ▶



La salute delle donne immigrate

La donna migrante e il ginecologo italiano

Mbiye Diku

Ginecologa, Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) Roma

Le donne straniere in Italia sono impegnate principalmente nel lavoro di cura, nella piccola industria e come sex workers - spesso forzate alla prostituzione in un rapporto di lavoro schiavile.

Le migranti hanno in genere un'esistenza più povera, precaria e più stressante delle autoctone, oltre ad avere un minore accesso alle cure sanitarie.

Il percorso nascita, la parto-analgesia, il parto vaginale delle portatrici di Mutilazioni Genitali Femminili (Mgf) in Italia previa deinfibulazione, una più larga inclusione delle migranti nella prevenzione oncologica, la prevenzione delle Ivg e l'educazio-

ne alla contraccezione delle migranti sono il banco di prova dell'assistenza ostetrica-ginecologica in Italia.

Ma bisogna ricordare che la migliore prevenzione dell'insorgenza durante la gravidanza di molte forme di patologie materno-fetali si attua con una corretta assistenza medica durante l'infanzia, l'adolescenza e l'epoca pre-concezionale. Perché la medicina preventiva ci insegna che per essere efficace nei confronti di una generazione, la sua opera deve iniziare in quella che la precede con un'attività conti-

nuativa che abbraccia la globalità dell'individuo e l'intera durata della sua vita.

Già nel 1985 il prof. Giuseppe Pescetto insegnava che "L'assistenza prenatale non è solo un problema sanitario, ma anche un problema con aspetti psicologici, sociali, culturali e politici. Non comprende quindi solo una serie di prestazioni mediche ma anche la messa in opera di disposizioni di ordine amministrativo ed educativo in modo da consentire un sereno svolgimento della gestazione, di prevenire e curarne le complicazioni e di preordinare lo svolgimento del parto in ambiente opportunamente predisposto". Ora il nuovo modello di salute è il modello eco-bio-psicosociale, capace di intercettare tutte le dimensioni collegate ai determinanti sociali della salute. ▶

Il cardine operativo è l'offerta attiva dei servizi perché le persone difficili da raggiungere sono anche quelle più a rischio



La donna migrante e il ginecologo italiano

► Segue da pagina 17

La natura del "bene salute" fa sì che il sistema sanitario non può limitarsi a produrre output, cioè prestazioni, ma debba orientare tutti i suoi sforzi a produrre outcome cioè esiti di salute. Pertanto, la tutela della salute avviene attraverso interventi di promozione della salute con le pratiche partecipative per mezzo dell'*empowerment*: processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni, le istituzioni, le comunità acquisiscono competenze sulle proprie vite per cambiare l'ambiente e la politica, per migliorare l'equità e la qualità. È dovere etico e deontologico del medico, del ginecologo indagare se le persone hanno gli strumenti per fare scelte consapevoli. Le popolazioni maggiormente esposte a condizioni di deprivazione sociale sono caratterizzate principalmente da scarsa capacità a "cercare salute". Il cardine operativo è dunque l'offerta attiva dei servizi perché le persone difficili da raggiungere sono anche quelle più a rischio. Il disagio sociale è associato a peggiori indicatori di salute e la condizione di migrante è una delle caratteristiche del disagio, rispetto al quale il servizio sanitario pubblico ha una assoluta obbligazione, che ne giustifica l'esistenza e cioè ridurre gli effetti sulla salute delle disuguaglianze sociali. A questo è chia-

La condizione di migrante è una delle caratteristiche del disagio rispetto al quale il servizio sanitario pubblico ha una assoluta obbligazione, che ne giustifica l'esistenza ovvero ridurre gli effetti sulla salute delle disuguaglianze sociali

mato il ginecologo italiano, a lui la missione culturalmente impegnativa di accompagnare la donna migrante nel Welfare della partecipazione. ■

Per saperne di più

- G. Baglio. Limiti del paradigma bio-medico
- E. Matera. Salute globale e complessità

Il fenomeno delle Mgf in Italia. Stime e criticità dell'approccio conoscitivo alla materia

L'incidenza statistica delle Mgf nei paesi a tradizione escissoria conta sulle stime fornite dal Demographic and Health Survey (1), mentre nei paesi di migrazione come l'Italia il dato mostra la sua più ampia criticità, poiché non tiene conto: della durata dell'esperienza migratoria, caratteristiche del paese di accoglienza, congiuntura economica corrispondente al periodo di integrazione, dimensione della comunità immigrata, aderenza alla pratica tra le generazioni, irregolarità amministrativa (2).

Il governo italiano, che ha legiferato sul fenomeno nel 2006, ha prodotto due documenti in materia, ad oggi i più accreditati. La stima delle donne provenienti dai 26 paesi a tradizione escissoria che presenterebbero una forma di Mgf sarebbe di circa 35 mila. Invece, la stima delle minorenni potenzialmente a rischio di Mgf ammonterebbe a circa 1.100 persone. Queste stime sono il risultato del calcolo fra il totale assoluto della popolazione femminile proveniente dai 26 paesi a tradizione escissoria residente regolarmente in Italia (3), il tasso di diffusione della pratica nei paesi di origine, lo scarto tra

le generazioni nell'aderenza alla pratica (4). Altre ricerche sulle minorenni hanno tenuto in considerazione il numero di alunne iscritte nel sistema scolastico con genitori provenienti da un paese a tradizione escissoria, stimando un rischio potenziale di Mgf ben maggiore, pari a 7.727 persone (5). La conoscenza di un fenomeno socio-culturale incidente sulla salute della popolazione femminile come le Mgf ha ottime ragioni per rivolgersi alla statistica, infatti l'incidenza del fenomeno obbliga a riflettere sull'adeguatezza del Ssn in termini di accesso, fruibilità, formazione, prevenzione, ecc. Tuttavia, il dato statistico non deve rappresentare elemento legittimante la conoscenza del fenomeno, poiché attualmente non tiene conto di molteplici variabili.

Per saperne di più

- 1 UNICEF 2013
- 2 Fondazione L'Albero delle vite, 2013: 23; Nosotras; Fondazione Patrizio Paoletti 2011:32; AIDOS, ADUSU, Culture aperte 2009:38
- 3 ISTAT 2008
- 4 Istituto Piepoli S.p.A., Ministero delle Pari Opportunità, 2009: 14-15
- 5 Fondazione L'Albero delle vite, Nosotras, Fondazione Patrizio Paoletti 2011: 34



Contracezione

La contraccezione e i suoi dintorni

Emilio Arisi

Presidente Società Medica Italiana per la Contracezione (SMIC)

La contraccezione e le sedi dove essa viene gestita, siano essi i consultori, gli ambulatori del medico di base, gli ambulatori del ginecologo o gli ambulatori ospedalieri, sono in grado di determinare numerosi benefici: possono migliorare le scelte di una gravidanza, permettendo di decidere quando farla e di distanziarne i tempi, con ciò migliorando anche la qualità di vita del nascituro. Possono ridurre il rischio di certi tumori ginecologici. Possono ridurre il rischio di malattie sessualmente trasmissibili, ed altro ancora. Ne deriva un ventaglio di azioni, che va ben al di là del tradizionale e consolidato concetto

di contraccezione, cioè di strumento e metodo capace di evitare le gravidanze non desiderate, e di conseguenza l'aborto volontario che delle precedenti costituisce almeno il 50% (nelle adolescenti anche fino all'80%). Questa visione complessiva andrebbe tenuta ben presente sia dai medici, che dagli amministratori, che dagli utenti.

Per restare solo all'ambito della salute materno-infantile, è dimostrato che spaziare le gravidanze implica migliori condizioni di salute della madre gravida, sia



in termini fisici (es. più visite prenatali, minori anemie), che psichici. Sul versante neonatale il precedente uso della contraccezione è collegato a maggiore frequenza e durata dell'allattamento materno, ma anche a minore incidenza di parti prematuri e di piccoli alla nascita, con evidenti riflessi sulla salute del neonato e della madre, essendo comunque l'allattamento una condizione che riduce il rischio di tumore al seno. Questi aspetti sono importanti anche dal punto di vista sociale, in particolare nelle aree povere e nei paesi in via di sviluppo ove le gravidanze ripetute sono possibile causa di mortalità materna.

La contraccezione permette una maggiore possibilità di prevenire le malattie sessualmente trasmissibili e le loro conseguenze negative sulla salute in generale e sulla salute riproduttiva in particolare. Ciò è particolarmente importante nell'adolescente, che ha davanti a sé la gestione di tutta la sua vita sessuale e riproduttiva. In questo ambito il ruolo del preservativo maschile

e femminile è nodale, ma va tenuto presente anche il ruolo della pillola estroprogestinica e della spirale di solo progestinico. I flussi mestruali abbondanti sono una condizione molto frequente, che interessa non meno del 30% delle donne, con possibili gravi riflessi sulla condizione fisica. Anemia, astenia, difficoltà di concentrazione, cefalea, riduzione delle capacità immunitarie, perdita di giornate di lavoro, perdita di giorni di scuola, perdita di rapporti sociali sono tra le conseguenze più evidenti. L'uso della spirale di solo progestinico, come prima scelta, e l'uso della pillola in seconda istanza riducono la quantità del mestruo e recuperano progressivamente il benessere fisico.

Altre condizioni legate alla mestruazione possono essere controllate dalla pillola, in primis la mestruazione dolorosa, ma anche il dolore da ovulazione o le irregolarità nel comportamento del mestruo. La pillola, in particolare, se contiene un progestinico antiandrogenico, può mi-

gliorare acne, pelle grassa, peluria abbondante, che possono incidere negativamente sulla qualità della vita e sulle relazioni sociali, in particolar modo nelle adolescenti. Ma in queste condizioni la pillola antiandrogenica, migliorando il funzionamento ovarico della PCO (policistosi ovarica), che è alla base di questi segni cutanei, migliora anche le capacità riproduttive della donna con questa sindrome. Né va dimenticato che l'uso della pillola può ridurre notevolmente il rischio di cancro dell'ovaio (tra il 60 e l'80% a seconda delle casistiche) e di quello dell'endometrio, con importante risparmio di vite umane.

Conviene infine ricordare come le sedi dove si fa il counselling per la contraccezione, dai consultori agli ambulatori, sono anche le sedi dove si può fare il counselling per la vaccinazione contro l'Hpv, dove si effettua il Pao-test, dove si possono dare consigli di salute e di prevenzione in senso generale, inclusi i consigli sui comportamenti sessuali a rischio. Questo ha inevi-