



DOCUMENTO DI SINTESI SU INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA (IVG) IN DONNE CON *BACKGROUND* MIGRATORIO

Il Documento di sintesi è stato redatto nell'ambito del progetto CCM 2022 "Interventi per il miglioramento della qualità dei dati, dell'offerta e dell'appropriatezza delle procedure di esecuzione e della divulgazione delle informazioni sull'interruzione volontaria di gravidanza" - finanziato dal Ministero della Salute e coordinato dal Reparto Salute della Donna e dell'Età Evolutiva dell'ISS - grazie alla collaborazione tra Istituto Superiore di Sanità, ISTAT e alcuni componenti del Tavolo Immigrazione e Salute (Società Italiana Medicina delle Migrazioni, Medici Senza Frontiere, Medici del Mondo) ed è destinato ai decisori, alle organizzazioni e ai professionisti sociosanitari del Servizio Sanitario Nazionale.

Le autrici e gli autori del documento sono: Augusta Angelucci, Paola Capparucci, Daniela Carrillo, Edoardo Corsi Decenti, Paola D'Aloja, Serena Donati, Caterina Ferrari, Marzia Loghi, Marina Marceca, Anna Pompili

Hanno partecipato al progetto: Augusta Angelucci, Daniela Carrillo, Marzia Loghi, Paola Capparucci, Anna Pompili, Marina Marceca, Licia Baima, Lucia Borruso, Claudia Deagatone, Gianluca Ferrario, Marina Toschi, Lorena Di Lorenzo, Giorgia Rocca per il TIS; Serena Donati, Paola D'Aloja, Edoardo Corsi Decenti, Donatella Mandolini, Caterina Ferrari per l'ISS; Marzia Loghi, Alessia D'Errico per l'ISTAT

INDICE

1. I diritti sessuali e riproduttivi nel mondo

2. Analisi descrittiva dell'abortività volontaria tra le donne con *background* migratorio residenti in Italia

3. Caratteristiche dei servizi consultoriali

4. Criticità nella accessibilità e fruibilità dei servizi per l'IVG

- a. Carenza di informazioni
- b. Barriere linguistiche
- c. Barriere culturali
- d. Barriere logistiche e organizzative

5. Raccomandazioni per il miglioramento del percorso IVG nelle donne con *background* migratorio

1. I diritti sessuali e riproduttivi nel mondo

Il tema della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi ha avuto una lunga evoluzione, a partire dalla prima Conferenza mondiale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) sui diritti umani, tenutasi a Teheran nel 1968 (1), quando per la prima volta fu riconosciuto il diritto dei genitori di decidere in merito alla pianificazione familiare. Con la Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo del 1994 al Cairo, per la prima volta, si distingue la salute riproduttiva dalla pianificazione familiare, intesa esclusivamente come controllo della crescita demografica (2). Nel 1995 la Quarta Conferenza mondiale sulle Donne a Pechino riconosce la salute sessuale e riproduttiva come diritto umano fondamentale (3).

Nel 2010, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) integra inscindibilmente la definizione di salute sessuale e riproduttiva con i diritti riproduttivi (4) e, nel 2015, l'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile dell'ONU ribadisce che i diritti sessuali e riproduttivi sono essenziali per la salute, l'uguaglianza di genere e il benessere globale (5). Gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDGs) sottolineano la necessità di leggi e regolamenti nazionali che garantiscano l'accesso universale alle informazioni e ai servizi di salute sessuale e riproduttiva (5). La promozione dell'*empowerment* delle donne è raccomandata a livello globale, al fine di migliorarne lo status e l'autonomia attraverso l'accesso ai servizi sanitari e il superamento della dipendenza economica e delle disuguaglianze (6-8).

Nel 2022 l'OMS ha definito l'aborto come servizio sanitario essenziale, che deve essere accessibile a livello globale per garantire il diritto alla salute e l'autonomia nelle scelte sessuali e riproduttive, e ha invitato gli Stati a depenalizzarlo, rimuovere le barriere che ne ostacolano l'accesso e promuovere la procedura farmacologica (9). Nonostante questi importanti progressi, l'attuazione di questi diritti non è ancora garantita a livello globale.

Bibliografia

1. United Nations. Proclamation of Teheran, 1968. Disponibile su: https://legal.un.org/avl/pdf/ha/fatchr/fatchr_ph_e.pdf
2. United Nations. Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September 1994. Disponibile su: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/a_conf.171_13_rev.1.pdf
3. United Nations. Conferenza mondiale sulle donne, Pechino 1995. Dichiarazione e piattaforma d'azione. Disponibile su: https://www1.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/assets/files/17/0821_Dichiarazione_e_di_Pechino.pdf
4. World Health Organization (WHO). Social determinants of sexual and reproductive health: informing future research and programme implementation. Geneva: WHO; 2010. p. 76. Disponibile su: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599528>.
5. United Nations. Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile - Sustainable Development Goals (SDGs). Disponibile su: <https://www.globalcompactnetwork.org/it/il-global-compact-ita/sdgs/agenda-2030.html>.
6. United Nations Population Fund (UNFPA). State of World Population Report 2021. Disponibile su: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWP2021_Report_-_EN_web.3.21_0.pdf.
7. Bagade T, Chojenta C, Harris ML, et al. Does gender equality and availability of contraception influence maternal and child mortality? A systematic review. *BMJ Sex Reprod Health*. 2020; 46:244-53.
8. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). FIGO calls for total decriminalisation of safe abortion. April 2022. Disponibile su: <https://www.igo.org/resources/figo-statements/figo->

[calls-total-decriminalisation-safe-abortion#:~:text=FIGO%20recommendations&text=Abortion%20should%20be%20removed%20from,the%20centre%20of%20their%20care.](https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483)

9. World Health Organization (WHO). Abortion care guideline. Geneva: WHO; 2022. Disponibile su: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>

2. Analisi descrittiva dell'abortività volontaria tra le donne con *background* migratorio in Italia

Nel 2023, le donne con *background* migratorio erano il 12,2% della popolazione femminile in età fertile (15-49 anni) residente in Italia (1) e rappresentavano il 27,4% di quelle che aveva fatto ricorso a IVG, con un tasso di abortività pari a più del doppio rispetto a quello delle donne italiane (12,4/1000 vs 5,2/1000). In analogia al decremento del tasso di IVG registrato tra le donne italiane, i tassi di abortività delle donne provenienti da Paesi a forte pressione migratoria hanno registrato una forte riduzione passando da 40,6/1000 del 2003 a 12,4/1000 del 2023¹.

Le donne con *background* migratorio maggiormente presenti in Italia nell'anno 2023 provengono da Romania, Albania, Ucraina, Marocco e Cina (2); tuttavia, i Paesi d'origine delle donne che registrano i tassi di abortività più alti sono, in ordine di frequenza: Perù (38,2/1000), Nigeria (27,2/1000), Cina (13,8/1000), Albania (12,7/1000), Marocco (11,5/1000) e Romania (8,9/1000). Verosimilmente, le donne romene, albanesi e marocchine, presenti da più tempo nel nostro Paese, hanno assunto comportamenti riproduttivi più simili a quelli delle donne italiane e hanno tassi di abortività più stabili rispetto alle donne cinesi, nigeriane e peruviane, che mantengono valori superiori alla media delle donne con *background* migratorio.

Nell'ambito delle comunità più presenti in Italia, richiedono il permesso di soggiorno per ricongiungimento familiare soprattutto albanesi e marocchine. Al contrario, le donne che arrivano in Italia per motivi lavorativi o umanitari (ad es. cinesi e nigeriane) sono più spesso sole e senza supporto familiare e la decisione di interrompere la gravidanza potrebbe essere legata anche a difficoltà economiche o sociali (3).

Rispetto alle italiane, le donne con *background* migratorio che effettuano IVG hanno mediamente più figli (≥ 2 figli: 49,3% vs 31,7%), sono più spesso coniugate (45,7% vs 27,4%), meno scolarizzate (licenza superiore: 41,3% vs 49,4%; laurea 10,8% vs 18,4%) e meno occupate (43,0% vs 53,2%).

Nel 2023 l'età media all'IVG tra le italiane era pari a 30,2 anni, più alta rispetto a quella delle donne nigeriane (29,5 anni) e più bassa rispetto alle albanesi, marocchine e romene (31,5 anni) e cinesi (33,3 anni).

Per le minorenni italiane e straniere l'assenso all'IVG rappresenta un aspetto critico. Nel 2023, le minori italiane hanno chiesto più spesso il consenso dei genitori (84,7%) rispetto alle minori con *background* migratorio (55,4%), che hanno coinvolto più spesso il giudice tutelare. Questo aspetto potrebbe riflettere realtà culturali e sociali complesse che richiedono competenze specifiche da parte dei professionisti coinvolti nel percorso IVG.

A seguito della più frequente scelta di convivere al di fuori del matrimonio, per cui una donna nubile non è necessariamente sola, lo stato civile non si associa necessariamente alla decisione di interrompere la gravidanza, sia per le donne italiane che per quelle con *background* migratorio. Al

¹ Le elaborazioni del presente paragrafo sono state effettuate su dati ISTAT dell'indagine "Interruzioni volontarie della gravidanza", anno 2023.

contrario, l'occupazione e il titolo di studio influenzano le scelte riproduttive: le donne con istruzione superiore, soprattutto se occupate, hanno maggiore capacità di orientarsi nei diversi ambiti sociali, maggiore probabilità di ottenere un lavoro ben retribuito, maggiore propensione a utilizzare i contraccettivi e tassi di abortività più bassi. Tra le donne con *background* migratorio che hanno effettuato l'IVG nel 2023, i livelli di occupazione maggiori si rilevano tra le donne con cittadinanza cinese e romena. Tra le nigeriane, quasi la metà risulta disoccupata: un'alta percentuale di queste è formata da lavoratrici irregolari (soprattutto prostitute e braccianti), spesso soggette a ricatti sessuali (3). Tra le donne albanesi e marocchine che hanno effettuato IVG circa un terzo risulta essere casalinga.

Nel 2023 la percentuale di IVG effettuate da donne italiane con precedente esperienza abortiva, dopo una costante diminuzione a partire dal 2009, si è stabilizzata al 20,3%, mentre tra le donne con *background* migratorio, seppur ancora in decremento, era pari al 30,8%. L'evoluzione di questo indicatore conferma la necessità di migliorare la capacità dei servizi di intercettare i bisogni delle donne con *background* migratorio, facilitando l'accesso alla contraccezione, in primo luogo offrendo informazioni e counselling.

Nel 2023, oltre la metà delle donne con *background* migratorio si è rivolta al consultorio per ottenere il documento/certificato per l'IVG (53,9% vs 42,5% delle italiane). Le donne nigeriane vi ricorrono più spesso (61,1%), mentre le donne cinesi si rivolgono più frequentemente a un medico di propria fiducia rispetto alle italiane (37,2% vs 20,3%).

Per quanto riguarda le IVG entro i primi 90 giorni di gestazione, nel 2023 le donne con *background* migratorio le effettuano ad epoca gestazionale mediamente più avanzata rispetto alle italiane (<=8 settimane: 65,6% vs 70,0%; 9-10 settimane: 21,4% vs 18,3%), probabilmente a causa delle barriere linguistiche e della maggiore difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari; ne deriva un minor ricorso alla procedura farmacologica, che deve essere effettuata entro la nona settimana. Occorre ricordare che le IVG sono urgenze "indifferibili", secondo quanto ribadito dalla circolare ministeriale che ha classificato le priorità delle prestazioni sanitarie in relazione all'emergenza COVID-19 (4). La condizione di urgenza, oltre che ai limiti definiti dalla legge 194/78, è legata anche all'aumento dell'incidenza di complicazioni all'aumentare dell'epoca gestazionale (5). Le IVG effettuate oltre i 90 giorni sono generalmente dovute a patologie fetali e sono più frequenti tra le italiane, probabilmente per un loro maggior ricorso alla diagnosi prenatale.

Nel 2022 il numero di IVG farmacologiche in Italia ha superato per la prima volta quello delle chirurgiche con forte variabilità tra regioni. Nel 2023 le percentuali sono state, rispettivamente del 58,5% e del 39,8; le donne con *background* migratorio presentavano percentuali più contenute di IVG farmacologica rispetto alle donne italiane (56,1% vs 59,4%). Questa differenza, seppur contenuta, potrebbe essere riconducibile a fattori diversi: alle barriere linguistiche che rendono meno accessibile una procedura che richiede, almeno in parte, una gestione autonoma da parte delle donne e quindi una buona comprensione delle indicazioni; l'accesso tardivo ai servizi e la percezione talvolta condivisa anche da parte dei professionisti sanitari, di una maggiore semplicità della procedura chirurgica, soprattutto nel caso di donne con *background* migratorio. Inoltre, le donne di alcune nazionalità, in particolare quelle peruviane, sembrano preferire l'IVG chirurgica, ritenendola probabilmente definitiva e più rapida, senza la necessità di un controllo a distanza. I tempi di attesa tra il rilascio del documento/certificato e l'espletamento dell'IVG presentano minime differenze tra le donne con *background* migratorio e le italiane (2).

Bibliografia

1. ISTAT. Popolazione straniera residente per sesso ed età al 1° gennaio. Disponibile su: <https://demo.istat.it/>
2. ISTAT. Popolazione residente al 1° gennaio per sesso, comune e singola cittadinanza o paese di nascita. Disponibile su: <https://demo.istat.it/>

-
3. Sciarba, A. (2014). Libere di scegliere? L'aborto delle donne migranti in Italia tra politiche migratorie, sfruttamento lavorativo e casi estremi di abusi e violenze. AG-ABOUT GENDER, vol. 3, n. 5.
 4. In: Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Chiarimenti: Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19. Disponibile su: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1531967.pdf>
 5. World Health Organization (WHO). Abortion care guideline. Geneva: WHO; 2022. Disponibile su: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>.

3. Caratteristiche dei servizi consultoriali

I consultori familiari, nati nel 1975 (1), costituiscono un presidio fondamentale per la tutela della salute sessuale e riproduttiva di tutte le fasi della vita, specialmente per le persone in condizione di vulnerabilità. Grazie a modelli organizzativi basati sulla multidisciplinarietà, sull'integrazione con gli altri servizi territoriali, sulla prossimità con il territorio e sulla bassa soglia di accesso, i consultori sono servizi largamente frequentati dalle donne con *background* migratorio, anche se in condizioni di irregolarità amministrativa. Essi dispongono di equipe multidisciplinari, con formazione e competenze specifiche rispetto alle esigenze delle donne migranti. Nonostante la progressiva riduzione del numero dei consultori e dei professionisti che compongono le equipe multidisciplinari, essi continuano a essere i presidi sanitari di riferimento per il percorso IVG.

I consultori costituiscono la rete di servizi sociosanitari più estesa e ramificata sul territorio nazionale, dopo quella dei Comuni. Nelle regioni che hanno investito su queste strutture per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie, favorendo la formazione di reti integrate con servizi complementari – punti nascita, centri antiviolenza, dipartimenti di salute mentale – i consultori sono diventati un modello di riferimento per l'assistenza sociosanitaria, anche per le donne con *background* migratorio (2). Il 22,1% delle donne con *background* migratorio residenti ricorre al complesso delle attività consultoriali, rispetto al 13,8% delle italiane².

La gravidanza può rappresentare un periodo di particolare vulnerabilità per le donne migranti, a causa delle più frequenti condizioni di deprivazione sociale, delle barriere linguistiche e culturali, della mancanza di una rete familiare e amicale di sostegno e delle conseguenti disparità di accesso ai servizi sanitari (3,4).

Il consultorio è noto e largamente utilizzato dalle donne con *background* migratorio per l'assistenza nel percorso nascita, per la bassa soglia di accesso e per la possibile presenza di mediatrici/ori culturali. Una elaborazione dati, effettuata *ad hoc* sul dataset dell'indagine nazionale sui Consultori familiari, coordinata dall'ISS negli anni 2018-2019, ha rilevato che, considerando i nati come *proxy* delle donne in gravidanza, per essere assistite durante la gravidanza si rivolgono al Consultorio il 22,0% dei nati da donne italiane e il 57,8% dei nati da donne con *background* migratorio. Anche in caso di richiesta di IVG il Consultorio è un riferimento importante e storicamente le donne con *background* migratorio vi ricorrono più frequentemente delle italiane (cfr. par. precedente).

Bibliografia

1. Italia. Legge 405/75 "Istituzione dei consultori familiari". Disponibile su: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1975/08/27/075U0405/sg>.
2. Lauria L, Lega I, Pizzi E, et al. Indagine nazionale sui consultori familiari 2018-2019. Risultati generali. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Rapporti ISTISAN 22/16 Pt. 1 e 2).

² Elaborazione dati da "Lauria L, Lega I, Pizzi E, et al. Indagine nazionale sui consultori familiari 2018-2019. Risultati generali. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Rapporti ISTISAN 22/16 Pt. 1 e 2)."

-
3. Fair F, Raben L, Watson H, et al. Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review. *PLoS One*. 2020;15(2): e0228378. doi: 10.1371/journal.pone.0228378.
 4. Eslier M, Azria E, Chatzistergiou K, Stewart Z, Dechartres A, Deneux-Tharoux C. Association between migration and severe maternal outcomes in high-income countries: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2023;20(6): e1004257. doi: 10.1371/journal.pmed.1004257.

4. Criticità nell'accesso e nella fruizione dei servizi per l'IVG

Nonostante i progressi compiuti negli ultimi decenni, l'accesso all'IVG, così come ai moderni metodi contraccettivi, si conferma complesso per le donne migranti. Per queste donne, la carenza di informazioni, le barriere linguistiche e culturali e le problematiche logistico-organizzative si sommano ai costi della contraccezione, che in Italia sono a completo carico dei cittadini e, in alcune regioni, alla richiesta di pagamento dell'IVG per coloro che non hanno diritto a un'assistenza sanitaria gratuita. L'indagine nazionale sui consultori, condotta dall'ISS nel 2018-2019, evidenzia gli aspetti suscettibili di miglioramento per quanto riguarda la presa in carico dei bisogni delle donne con *background* migratorio, in particolare la disponibilità di mediatrici/ori linguistico-culturali e di materiale informativo multilingue (1).

Carenza di informazioni. La difficoltà di accesso alle informazioni sui propri diritti in tema di assistenza sanitaria e sulla disponibilità di servizi territoriali che si occupano di salute sessuale e riproduttiva è la principale criticità per le donne con *background* migratorio, che spesso provengono da Paesi con servizi sanitari carenti e a gestione privata, dove il diritto all'IVG non è garantito. Questa difficoltà è comune a tutte, siano esse richiedenti asilo, in condizione di irregolarità amministrativa o titolari di permesso di soggiorno (2). Il vuoto informativo comporta spesso un ricorso eccessivo e improprio ai servizi di medicina d'urgenza (3), anche per richieste relative alla gravidanza e all'IVG. Inoltre, l'indisponibilità di informazioni adeguate su contraccezione e IVG e sul ruolo dei consultori, associate alla scarsa conoscenza dei propri diritti e alla difficoltà di orientarsi tra i servizi disponibili, può contribuire a compiere scelte contraccettive inappropriate, effettuare l'IVG in epoche gestazionali più avanzate rispetto alle italiane e ricorrere più volte a pratiche abortive illegali non previste dalla legge (2,4).

Barriere linguistiche. La mancata padronanza della lingua italiana è una delle principali difficoltà che le donne con *background* migratorio incontrano nell'interazione con il SSN. Tali difficoltà si acquisiscono nelle situazioni in cui è richiesta una comunicazione chiara e dettagliata, come quelle che riguardano contraccezione e aborto. Le informazioni disponibili sono spesso lacunose e redatte solo in lingua italiana, e gli stessi professionisti sanitari comunicano spesso esclusivamente in italiano. Le difficoltà possono iniziare al momento della prenotazione telefonica e farsi estremamente complesse nel corso del colloquio per l'IVG, durante il quale gli/le operatori/trici, devono, tra l'altro, assicurarsi che non vi sia alcuna forma di coercizione, informandola correttamente sulle alternative all'IVG.

Queste difficoltà potrebbero essere superate grazie ai servizi di mediazione linguistico-culturale, che, tuttavia, spesso non sono disponibili nelle strutture pubbliche, in particolare per le donne che parlano dialetti regionali. L'indagine sui consultori familiari condotta dall'ISS nel 2018-2019 ha evidenziato che solo la metà di distretti/aziende sanitarie si avvale di servizi di mediazione linguistica/culturale in questi servizi. Spesso, per ovviare a questa indisponibilità, si ricorre al marito, al partner, ai familiari della donna o a persone individuate all'interno della comunità di

appartenenza, compromettendo la necessaria confidenzialità e riservatezza, con il rischio di ottenere informazioni non veritiere, imprecise o addirittura volutamente distorte nel caso di donne vittime di coercizioni (4,5,6).

Barriere culturali. Le differenze culturali riconducibili ai diversi Paesi di provenienza possono rappresentare ulteriori difficoltà di accesso ai servizi da parte delle donne con *background* migratorio. L'offerta di contraccezione e IVG può entrare in conflitto con valori tradizionali e religiosi, con il conseguente timore di giudizi o stigmatizzazioni nella comunità di appartenenza. Inoltre, le discriminazioni e la forte influenza dei ruoli di genere, in alcuni contesti familiari possono limitare l'autonomia delle donne, vincolando l'accesso ai servizi al consenso del partner o alla presenza di un familiare maschio (5,6).

Le barriere culturali possono riguardare anche gli operatori e le operatrici sociosanitari/e tra i/le quali persistono talora atteggiamenti discriminatori e *bias* cognitivi (4,6). Un esempio comune, relativo al percorso IVG, è la percezione delle donne con *background* migratorio come inadatte alla gestione autonoma della procedura farmacologica per l'IVG. La discriminazione può manifestarsi anche nella pressione esercitata su alcune donne affinché, per poter accedere all'IVG, accettino un metodo contraccettivo una volta conclusa la procedura, contravvenendo alle raccomandazioni della linea guida OMS (7,8) e al rispetto dell'autodeterminazione (9). Ogni operatrice e operatore sociosanitaria/o dovrebbe rispettare e tutelare l'autonomia nelle scelte riproduttive di una donna con *background* migratorio che si appresta a un'interruzione di gravidanza, tenendo in considerazione aspetti personali e socioculturali imprescindibili come il percorso migratorio, esperienze e aspettative nell'utilizzo dei servizi sanitari in Italia e il timore dello stigma all'interno della comunità di appartenenza. Per acquisire queste competenze comunicative e di medicina transculturale occorrono iniziative di formazione e aggiornamento che prevedano anche il coinvolgimento di mediatrici e mediatori linguistico culturali esperte/i.

Barriere logistiche e organizzative. Gli orari e i giorni di apertura standard dei servizi sanitari frequentemente sono inconciliabili con la quotidianità delle donne con *background* migratorio, che spesso devono provvedere, da sole, all'accudimento dei figli, non sono autonome negli spostamenti o lavorano in contesti in cui è difficile assentarsi. In alcune regioni l'orario settimanale di apertura dei consultori è molto limitato, fino a un minimo di 22-26 ore settimanali; le aperture pomeridiane sono rare, in particolare al Sud e nelle Isole (1). Prevedere l'apertura di sabato e di giovedì pomeriggio, ad esempio, potrebbe rispondere alle esigenze lavorative e familiari di queste donne e agevolare l'accessibilità ai servizi. Dall'indagine ISS del 2018-2019 risulta che il solo 10,2% dei consultori era operativo il sabato – nel 2008 era il 14% (10) –, con una media di 5-6 ore di servizio (1). In alcune regioni questa opportunità è del tutto assente, mentre in altre è disponibile solo occasionalmente. La persistenza di notevoli disparità territoriali nell'organizzazione dei servizi colpisce ancor più le donne con *background* migratorio ed evidenzia l'urgenza di un miglioramento strutturale e funzionale.

Sempre in base ai risultati dell'indagine ISS, il 76,5% dei consultori ha riferito di offrire counselling per l'IVG e rilasciare il documento/certificato previsto dalla legge; poco più del 50% risulta aver gestito anche l'invio della donna al centro IVG deputato (1). Nonostante l'importanza strategica dei servizi consultoriali per promuovere scelte consapevoli in ambito riproduttivo, solo il 24,0% dei consultori ha riferito di assicurare la gratuità dei contraccettivi, spesso con limiti legati alla fascia di età o al reddito (1). Le donne con *background* migratorio, più propense delle italiane all'uso di contraccettivi reversibili di lunga durata (LARC), incontrano spesso ostacoli economici e difficoltà nell'accesso ai centri che li offrono. Secondo l'indagine dell'ISS, l'inserimento gratuito dello IUD è più frequente al Centro-Nord rispetto al Sud del Paese (1).

Bibliografia

1. Lauria L, Lega I, Pizzi E, et al. Indagine nazionale sui consultori familiari 2018-2019. Risultati generali. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Rapporti ISTISAN 22/16 Pt. 1 e 2).
2. World Health Organization (WHO). Global Health Observatory. Disponibile su: <https://www.who.int/data/gho#:~:text=The%20Global%20Health%20Observatory&text=UHC%20enables%20everyone%20to%20access,the%20people%20who%20receive%20them>.
3. Créde SH, Such E, Mason S. International migrants' use of emergency departments in Europe compared with non-migrants' use: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2018 Feb 1;28(1):61-73. doi: 10.1093/eurpub/ckx057. PMID: 28510652; PMCID: PMC5881666.
4. Gozzi P, Persson M, Nielsen A, et al. Contraceptive access and use among women with migratory experience living in high-income countries: a scoping review. *BMC Public Health*. 2024; 24:2569. doi: 10.1186/s12889-024-19778-y.
5. Napier-Raman S, Hossain SZ, Mpofu E, et al. Abortion experiences and perspectives amongst migrants and refugees: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2024;21(3):312. doi: 10.3390/ijerph21030312.
6. Pérez-Sánchez M, Immordino P, Romano G, et al. Access of migrant women to sexual and reproductive health services: A systematic review. *Midwifery*. 2024; 139:104167. doi: 10.1016/j.midw.2024.104167.
7. World Health Organization (WHO). Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. 2nd ed. Geneva: WHO; 2012. Disponibile su: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/173586/WHO_RHR_15.04_eng.pdf.
8. World Health Organization (WHO). Abortion care guideline. Geneva: WHO; 2022. Disponibile su: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>.
9. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Ethical aspects of reproductive health. *Gynecol Obstet Invest*. 1999;48(2):73-77. doi: 10.1159/000010142.
10. Ministero della Salute. Organizzazione e attività dei Consultori Familiari Pubblici in Italia anno 2008. Roma: Ministero della Salute; 2010. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1406_allegato.pdf.

5. Raccomandazioni per il miglioramento del percorso IVG nelle donne con *background* migratorio

Raccomandazioni generali:

Per permettere a ogni regione, ASL, distretto, consultorio familiare di identificare i bisogni delle persone con *background* migratorio e programmare iniziative finalizzate a favorire il loro accesso ai servizi sociosanitari, si raccomanda la raccolta e l'analisi dei dati relativi alla loro numerosità, nazionalità, genere ed età.

Per facilitare l'accesso delle donne con *background* migratorio ai servizi sanitari, si raccomanda che le ASL dispongano di professionisti sociosanitari con competenze multilingue nei centralini, nei servizi front-office e in quelli di assistenza, urgenza e degenza. Si raccomanda, inoltre, un approccio transculturale, fondato sulla reciprocità e sul dialogo, che affronti la complessità dei loro bisogni sociosanitari, superi le barriere linguistico-culturali e favorisca una comunicazione efficace.

Per promuovere l'acquisizione delle opportune competenze comunicative e di medicina transculturale, si raccomanda che Università, ASL e Aziende Ospedaliere offrano iniziative gratuite

di aggiornamento/formazione per operatrici e operatori sociosanitarie/i coinvolte/i nell'assistenza alla salute sessuale e riproduttiva, aperte e in collaborazione con associazioni del terzo settore impegnate nell'ambito migratorio, laddove presenti.

Per valorizzare ogni occasione di contatto con il SSN, in caso di richiesta di IVG da parte di donne con *background* migratorio si raccomanda che gli/le operatori e operatrici sociosanitari/e offrano attivamente informazioni sui diritti, sull'iscrizione al SSN se non ancora effettuata, sugli ambulatori di medicina generale per STP/ENI (Straniero Temporaneamente Presente/Europeo Non Iscritto) e sui consultori familiari.

Per valorizzare l'azione delle reti di comunità formali e informali (associazioni/comunità di donne con *background* migratorio, rete delle diaspore ecc.), degli sportelli di orientamento e dei servizi delle associazioni del terzo settore, nonché dei Centri antiviolenza delle ASL e dei Comuni, si raccomanda alle ASL, in collaborazione con i servizi comunali/municipali del territorio, di mappare queste realtà territoriali e di metterle in rete con i consultori e i centri IVG.

Per promuovere il ruolo dei consultori familiari nel percorso IVG, si raccomanda che ogni regione, come previsto dal DM71 del 2022, disponga di un consultorio dotato di una équipe multidisciplinare completa (ginecologo/a, ostetrico/a, psicologo/a, assistente sociale) ogni 20.000 abitanti. Si raccomanda, inoltre, la disponibilità di servizi di mediazione linguistico-culturale e l'apertura nelle ore pomeridiane e di sabato per favorire l'accesso ai servizi consultoriali.

Per valutare la capacità dei servizi di rispondere ai bisogni delle donne che affrontano il percorso IVG e promuovere l'integrazione dei percorsi territorio-ospedale, si raccomanda un'analisi integrata dei dati resi annualmente disponibili dal sistema di sorveglianza epidemiologica nazionale dell'IVG e dal nuovo sistema informativo dei consultori SICOF, attivo dal 2025.

Raccomandazioni specifiche:

1. *Per facilitare l'orientamento e l'accesso delle donne con background migratorio ai servizi che si occupano di salute sessuale e riproduttiva, si raccomanda che:*

- in occasione di ogni contatto con donne con *background* migratorio, operatrici e operatori sanitarie/i degli ambulatori per STP/ENI e dei servizi ostetrico-ginecologici degli ospedali e dei poliambulatori, nonché medici di medicina generale e pediatri di libera scelta offrano attivamente informazioni sui servizi sociosanitari a bassa soglia, in particolare quelli dedicati alla salute sessuale e riproduttiva quali i consultori familiari;
- siti web istituzionali del Ministero della Salute, delle Regioni e delle ASL offrano informazioni multilingue, o almeno nelle lingue veicolari, chiare e scientificamente corrette: sulla normativa per la tutela della gravidanza e delle lavoratrici madri; sui possibili aiuti economici in situazioni svantaggiate; sulla contraccezione, sulla legge 194/78, sulle diverse metodiche per l'esecuzione dell'IVG, sui consultori familiari presenti in ogni regione, sui centri che eseguono l'IVG specificando la metodica utilizzata;

2. *Per facilitare l'orientamento e l'accesso al percorso IVG alle donne con background migratorio, si raccomanda che i servizi coinvolti:*

- garantiscano tutte le tappe del percorso, dal counselling e rilascio del documento/certificato all'espletamento della procedura;
- offrano una mediazione linguistica-culturale durante l'intero percorso;

-
- favoriscano l'accesso delle donne senza la necessità di accompagnatori (marito, partner, familiari) per la traduzione, tramite la predisposizione di servizi di mediazione linguistica culturale;
 - dispongano di brochure sulle procedure per l'IVG, in formato cartaceo o online, in versione multilingue o almeno nelle lingue veicolari;
 - utilizzino modelli multilingue, o almeno nelle lingue veicolari, per la sottoscrizione del documento/certificato per l'IVG e per i consensi alla procedura;
 - offrano un colloquio che illustri le possibili opzioni contraccettive (anche fornendo brochure multilingue), assicurando che la mancata accettazione della contraccezione non condiziona l'accesso alla procedura per l'IVG;
 - riservino alla donna la scelta della metodica per l'IVG, dopo un colloquio informativo con il personale sanitario, facendo in modo che la barriera linguistica non rappresenti un ostacolo alla IVG farmacologica;
 - garantiscano, attraverso percorsi concordati all'interno dei servizi della ASL di appartenenza, l'eventuale datazione della gravidanza e le analisi eventualmente richieste;
 - si adoperino per effettuare l'IVG nel più breve tempo possibile, prendendo appuntamento direttamente con la struttura di riferimento, qualora la procedura debba essere effettuata presso un altro servizio sanitario;
 - accertino, nel caso in cui venga scelta la procedura farmacologica, che la donna disponga di servizi igienici riservati, della possibilità di affidare i/le figli/e a persone di fiducia, di non essere sola nelle 4-6 ore successive all'assunzione a domicilio del misoprostolo, e che abbia compreso i segnali di riconoscimento di complicazioni che richiedono un accesso in Pronto Soccorso e che questo sia raggiungibile facilmente;
 - offrano informazioni dettagliate multilingue sulla gestione della seconda fase e del post-IVG e sulle condizioni per le quali ci si deve rivolgere al Pronto Soccorso;
 - consegnino, al termine della consulenza contraccettiva, ove possibile, i contraccettivi gratuiti o la prescrizione del contraccettivo scelto;
 - siano in collegamento con il consultorio di zona cui inviare la donna per le eventuali visite di controllo e per la contraccezione post-IVG.