

.... *in Agenda*

Prospettive in materia di salute materna, anche con riferimento alle donne rifugiate o migranti

Quadro generale

Malgrado una **drastica riduzione della mortalità materna** tra il 1990 ed il 2015 (- 44%), ogni giorno circa 830 donne muoiono per cause evitabili collegate alla gravidanza o al parto. L'alto numero delle morti materne in alcune aree del mondo riflette **l'iniquità nell'accesso alle cure sanitarie**, ed evidenzia il gap tra ricchi e poveri. Quasi tutti i decessi (99%) avvengono nei paesi in via di sviluppo. Più della metà accadono nell'**Africa sub-Sahariana** e quasi un terzo nell'**Asia del sud**. Vi sono larghe disparità tra i paesi, ma anche entro i paesi, a seconda delle possibilità economiche e del dimorare in zone rurali piuttosto che urbane. **Le giovani con meno di 15 anni** affrontano un rischio più alto di complicanze e morte connesse a gravidanza e parto, causa più frequente di morte per le giovani donne nei paesi in via di sviluppo. Quasi tutti questi decessi avvengono per l'inadeguatezza dei servizi di tutela sanitaria, fattori culturali e mancanza di informazione.

Nel 2015, promossa dalle Nazioni Unite, è stata definita l'**Agenda 2030**, l'importante piattaforma che ha preso il posto degli Obiettivi del Millennio. Si tratta di un programma di azione estremamente ambizioso. Il terzo dei suoi 17 Obiettivi prevede di garantire entro il 2030 una vita sana e promuovere il benessere di tutti a tutte le età. Il **target 3.1** è dedicato specificamente alla **riduzione della mortalità materna**. L'obiettivo, entro il 2030, è giungere a contenere la mortalità infantile a un livello inferiore a 70 decessi per 100.000 nascite. L'impegno per l'attuazione dei Sustainable Development Goals (SDG) è complesso: l'impianto culturale e teorico dei SDG è fondato sull'indivisibilità dei tre pilastri, economico, culturale e ambientale e sulla necessità di impegnarsi contemporaneamente su più fronti. In particolare, gli Stati membri della UE dovranno impegnarsi ad elaborare specifiche politiche nazionali volte a conseguire gli SDG.

Rispetto alle **donne migranti, richiedenti asilo o rifugiate**, spesso vittime di tortura o di violenza, l'assistenza sanitaria (in particolare l'assistenza ostetrica e ginecologica) richiede particolare attenzione. Tra l'altro va prevista la presenza di *équipe* specializzate. In questo quadro, la **mediazione linguistico-culturale** è un requisito necessario affinché il lavoro terapeutico abbia successo sia nel momento della visita, sia successivamente. **L'alfabetizzazione delle donne migranti** in tema di sanità è dunque un aspetto fondamentale per la loro partecipazione attiva rispetto a un percorso che le vede protagoniste. Le organizzazioni impegnate su questo versante sottolineano come una volta giunto nel paese di destinazione, sia necessario che il nucleo mamma-bambino venga considerato come un "unicum". Agli operatori sanitari è peraltro richiesto non solo di prendersene cura ma anche di confrontarsi con la loro identità culturale.

L'Organizzazione mondiale della Sanità ha recentemente sottolineato la necessità di sviluppare ed applicare comuni indicatori e standard sanitari per guidare le scelte di intervento pubblico relative al fenomeno migratorio. Le condizioni di salute materna della maggior parte delle donne migranti sono peggiori rispetto a quelle delle altre donne, e fattori di rischio sono non solo la gravidanza, il parto e il periodo post-partum, ma anche gli eventi del periodo pre-concepimento e le condizioni di salute dei neonati. Si rileva un'accresciuta esigenza di servizi dedicati alla salute materna, accessibili alle madri migranti e culturalmente adeguati: la diversità di lingua e cultura rappresentano una barriera rispetto all'accessibilità dei servizi sanitari, laddove vi è invece il dovere di assicurare l'accesso universale alle cure, di fornire servizi adeguati e di promuovere politiche a favore della salute materna e riproduttiva.

Esiste una stretta connessione tra la **tratta di esseri umani** e il **fenomeno migratorio**: circa la metà dei migranti sono donne, un terzo giovani tra i 15 e i 34 anni, mentre tra le vittime di tratta più della metà sono donne, tra i bambini 3/4 sono ragazze. E' dimostrato, inoltre, che esiste una chiara correlazione tra tratta degli esseri umani e conflitti.

1. Gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile e l'agenda dell'Organizzazione mondiale della Sanità

In materia di **salute materna** l'Agenda 2030 viene attuata attraverso la Strategia globale per le donne, i bambini e gli adolescenti 2016-2030 (*Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health*) Lanciata nel settembre del 2015 dal Segretario generale delle Nazioni Unite, Ban Ki-moon, la strategia viene periodicamente aggiornata attraverso un processo di collaborazione con l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS)

L'azione dell'**OMS** avviene prioritariamente attraverso l'elaborazione di linee programmatiche basate su evidenze cliniche, regole standard globali, sostegno agli stati membri per l'adozione di politiche idonee.

A tal fine l'OMS ha elaborato nel 2016 gli **Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities**, strategia che si accompagna a due agende complementari di azione globale: *la Strategies toward Ending Preventable Maternal Mortality (EPMM)*, ed *l'Every Newborn Action Plan (ENAP)*. Il dipartimento OMS di *Maternal, newborn Child and adolescent Health (MCA)* di Ginevra pubblica periodicamente analisi sull'attuazione delle raccomandazioni dell'OMS nelle politiche sanitarie nazionali, nonché del seguito dato alle linee guida in materia di salute materna, dei neonati, bambini ed adolescenti. Il quarto round di ricognizione ha avuto come periodo di riferimento il 2016.

2. La salute materna nei paesi europei.

L'OMS/Europa sviluppa a sua volta strategie e strumenti per aiutare i legislatori nazionali e gli operatori del settore (medici, ostetrici, infermieri) ad applicare uno standard definito a livello europeo. Supporta inoltre i paesi europei nel migliorare la qualità della cura alla salute materna e neonatale, attraverso la valutazione e programmazione ai vari livelli nazionali e regionali; lo sviluppo di linee guida cliniche; sistemi di addestramento professionale, di monitoraggio e di valutazione; l'introduzione di una sistematica ricognizione dei casi di mortalità e malattia materna e perinatale.

Come riportato da **OMS/ Europa**, malgrado i progressi raggiunti negli ultimi 20 anni, la salute materna e perinatale varia molto tra i paesi dell'area ed è accompagnata da una mancanza di omogeneità delle conoscenze professionali degli operatori sanitari che rende difficile produrre linee guida comuni.

Secondo il **rapporto Eurostat "Sviluppo sostenibile nell'Unione europea, 2016"**, il primo indicatore di benessere è l'aspettativa di vita: nell'area UE nel 2014 le donne hanno una aspettativa di vita di 83.6 anni, 5.5 anni più degli uomini (78.1 anni). Il dato è in miglioramento anche se si registrano differenze tra i diversi

Stati UE: in alcuni degli Stati di più recente adesione alla Ue (membri dal 2004 o a seguire) l'aspettativa di vita per entrambi i sessi è più bassa.

L'aspettativa di vita in Italia rimane la seconda più alta in Europa, dopo la Spagna, raggiungendo 83.2 anni nel 2014. Nell'area UE il 2.4 % della popolazione ha un limitato accesso alle cure, a causa della crisi finanziaria. Il dato è in crescita (nel 2008 era al 2.1 %) e l'Italia mostra un dato nettamente superiore alla media UE. Uno dei fattori che ha contribuito alla crescita dell'aspettativa di vita in Italia è la buona qualità di assistenza sanitaria per condizioni potenzialmente letali; al riguardo è da notare che la spesa sanitaria totale rappresenta il 9.1% del PIL italiano nel 2015, meno della media UE che è di 9.9%, e significativamente meno di Germania (11.1%), Svezia (11.1%) e Francia (11%). Circa il 76% della spesa sanitaria in Italia riceve finanziamento pubblico (poco meno della media UE, 79%).

La Commissione europea contribuisce al miglioramento della salute materna – compresa la salute sessuale e riproduttiva – soprattutto collaborando con i paesi interessati per rafforzare sistemi e politiche sanitarie, integrandoli con una pianificazione familiare e servizi per la salute riproduttiva di alta qualità. A tal fine, la Commissione collabora con i governi nazionali, soprattutto attraverso il dialogo politico e degli aiuti forniti attraverso i bilanci pubblici degli Stati beneficiari, oltre che con un vasto numero di organizzazioni non governative e di agenzie delle Nazioni Unite, svolgendo opera di sensibilizzazione e ampliando l'accesso ai servizi. Con la **Comunicazione COM (2016)739** "Il futuro sostenibile dell'Europa: prossime tappe" la Commissione ha inoltre previsto l'integrazione dei diversi obiettivi di sviluppo nelle politiche europee ed ha invitato gli Stati membri ad elaborare politiche nazionali verso l'attuazione dell'agenda 2030.

3. Donne Migranti: Protezione, salute e maternità.

A) In generale. Secondo **gli ultimi dati Onu**, tra il 2000 e il 2015 il numero di donne in movimento è aumentato di oltre 32 milioni, costituendo quasi la metà di tutti i migranti internazionali. Le **condizioni in cui donne e adolescenti** si spostano le rendono soggetti particolarmente vulnerabili, spesso vittime di soprusi e violenze. Secondo le stime dell'OMS a livello mondiale 1 donna su 3 ha vissuto un'esperienza di violenza fisica e/o sessuale da parte del partner o di violenza sessuale da parte di una persona estranea e le violenze sono molto più frequenti nei contesti di migrazione: l'*Euro Mediterranean Human Rights Network* stima che più di 60.000 donne siriane sono state vittime di molestie sessuali e stupro da quando la crisi ha avuto inizio.

Secondo **i dati Unhcr**, tra il 1 gennaio e il 31 dicembre 2016 sono sbarcati in Italia 181.405 emigranti, di cui il 29% sono donne. A queste ultime è fondamentale garantire tempestivamente percorsi di accoglienza e integrazione dedicati, puntando ad una riabilitazione fisica e psicologica, indispensabile per un'elaborazione completa di traumi e violenze subite. Più in generale è necessaria un'attenzione sempre maggiore alla salute delle donne, garantendo l'accesso ai servizi e offrendo percorsi dedicati di supporto.

B) Salute, maternità e accesso ai servizi sanitari in Italia. Secondo **i dati ISTAT** del 2015 gli stranieri residenti in Italia al 1° gennaio 2015 sono circa 5 milioni e rappresentano l'8% della popolazione residente totale. Nel 2016 si riscontra un incremento di 39 mila unità (8,3%). Le donne sono circa la metà degli immigrati che vivono in Italia e nel 2015 sono nati circa 93 mila bambini.

Il diritto degli individui di accedere alle cure sanitarie sul territorio nazionale è un principio che trova il proprio fondamento nella Costituzione (art. 32) e nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (art. 35). Da questo principio la legislazione vigente sancisce il diritto di qualunque cittadino straniero in Italia di usufruire dei servizi sanitari pubblici a prescindere dalla sua situazione amministrativo-giudiziaria (Titolo V, Capo I, t.u. immigrazione, di cui al D.Lgs. 25 luglio 1998, n. 286).

Per gli **stranieri regolarmente soggiornanti** vige l'obbligo di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (t.u. immigrazione, art. 34). Qualora costoro siano inseriti in un centro appartenente alla rete dello SPRAR

(sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati) l'iscrizione al SSN avviene a cura del gestore del servizio di accoglienza (art. 10, comma 1 d.lgs. 30 maggio 2005, n. 140). L'assenza di un permesso di soggiorno sul territorio nazionale non preclude alle persone straniere di ricevere, nei presidi pubblici e accreditati di ogni ASL, le cure ospedaliere e ambulatoriali "urgenti ed essenziali" (t.u. immigrazione, art. 35). È stato, altresì, affermato dalle medesime disposizioni il principio della continuità delle cure urgenti ed essenziali, nel senso di assicurare all'infermo il ciclo terapeutico e riabilitativo completo riguardo alla possibile risoluzione dell'evento morboso.

La tutela sociale della gravidanza e maternità, compreso l'accesso ai consultori familiari, a parità di condizioni con le cittadine italiane è esplicitamente assicurata. Inoltre, si può ricordare la disciplina sulla tutela della salute del minore (cfr. la Convenzione ONU, 20 novembre 1989 sui diritti del fanciullo, ratificata con Legge 176/1991).

La **normativa italiana** garantisce, quindi, il diritto di ogni donna, italiana o straniera, all'assistenza sanitaria, al sostegno psicologico e alla parità di trattamento in ambito lavorativo. Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) assicura a tutte le donne gli interventi di prevenzione, tutela della maternità, assistenza ai bambini, vaccinazioni, diagnosi e cura delle malattie infettive. Il SSN assicura a tutte le cittadine non comunitarie che si trovino sul territorio nazionale, anche senza permesso di soggiorno o con permesso scaduto, il diritto a ricevere le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti, o comunque essenziali, per malattie e infortuni e beneficiare di programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva.

Riguardo ai **profili applicativi della normativa nazionale** di riferimento, sin dal 20 dicembre 2012, la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, attraverso un Accordo sul documento "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle regioni e province autonome italiane", ha formulato direttive per cure mediche da prestare ai cittadini comunitari ed extracomunitari.

Diverse Regioni hanno emanato leggi recanti misure di sostegno all'integrazione degli stranieri immigrati che disciplinano anche gli aspetti dell'assistenza sanitaria e socio-assistenziale. Tali leggi fanno spesso riferimento, per l'attuazione delle norme ivi previste, a programmi regionali dedicati al tema dell'immigrazione ovvero a piani sanitari regionali e agli altri strumenti di programmazione in materia sanitaria.

Il **Ministero della salute** sta partecipando al **Progetto europeo EQUI-Health**, coordinato dall'**Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM)**, con l'obiettivo di promuovere la salute delle popolazioni migranti vulnerabili, quali richiedenti asilo e irregolari, nonché popolazione Rom e minoranze etniche. In particolare prevede la promozione dell'integrazione socio-sanitaria per i migranti giunti nei paesi membri del Mediterraneo (Italia, Malta, Spagna, Grecia, Croazia), anche attraverso l'analisi delle condizioni di rischio, di salute e delle relative buone pratiche esistenti per rispondere alle istanze dei migranti. Punto di attenzione specifico è la formazione per gli operatori sanitari, finalizzata anche al superamento delle barriere interculturali, che condizionano fortemente l'efficacia e l'efficienza dei servizi sanitari per la popolazione migrante. In questo ambito il Ministero della salute ha finanziato il progetto "La competenza interculturale nei servizi sanitari: programma di formazione formatori in Sicilia" promosso dall'OIM (Organizzazione internazionale per le migrazioni), che è in via di estensione anche in altre regioni italiane.

4. Tutela delle vittime di tratta

La **Comunità internazionale** si è impegnata contro la tratta di persone sin dall'inizio del secolo scorso. Gli strumenti convenzionali di definizione e tutela sono la **Convenzione delle Nazioni Unite contro la criminalità organizzata transnazionale** e il **Protocollo addizionale per prevenire, reprimere e punire la tratta di persone, in particolare donne e bambini**, del 2000.

Il **Protocollo sul trafficking**, inaugurando un approccio globale, volto ad includere disposizioni destinate a prevenire la tratta, punire i trafficanti e proteggere le vittime, individua una serie di misure (assistenza medica, psicologica e materiale, la predisposizione di alloggio adeguato, la protezione e la possibilità di ottenere il risarcimento dei danni subiti, l'opportunità di impiego e di istruzione) che gli Stati devono adottare per garantire adeguata tutela alle vittime.

Per quel che riguarda le **politiche dell'Unione Europea**, le due principali Direttive che rilevano maggiormente per quel che concerne le misure per la protezione e assistenza delle vittime della tratta sono la **Direttiva 2004/81/CE** sul titolo di soggiorno da rilasciare ai cittadini di Paesi terzi vittime di tratta di esseri umani o coinvolti in azione di favoreggiamento dell'immigrazione illegale che cooperino con le autorità competenti e la **Direttiva 2011/36/UE** del Parlamento Europeo e del Consiglio del 5 aprile 2011 concernente la prevenzione e la repressione della tratta di esseri umani e la protezione delle vittime.

L'Italia è dotata di un efficiente sistema a **tutela delle vittime di tratta**, tanto sotto il profilo della normativa vigente, quanto sotto quello degli interventi messi in atto dagli enti del pubblico e del privato sociale. Ambedue i settori realizzano programmi di protezione e assistenza destinati alle **persone straniere** che sono state vittime di vicende di riduzione o mantenimento in schiavitù, tratta di persone o ancora di gravi forme di sfruttamento.

L'art. 18 del D.Lgs. 286/1998, Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione, contiene disposizioni che sono state ritenute all'avanguardia ed hanno costituito un modello per gli altri sistemi europei. Ancora oggi costituisce uno strumento importante per la tutela delle persone straniere vittime di tratta o in generale di grave sfruttamento. La norma del Testo Unico, in combinato disposto con l'art. 27 del regolamento di attuazione, adottato con D.P.R. 394/99, prevede il rilascio di uno **speciale permesso di soggiorno** in favore delle persone straniere che siano state vittime di situazioni di violenza o grave sfruttamento e che risultino esposte ad un concreto pericolo per la loro incolumità a causa delle dichiarazioni rese nel procedimento penale o a causa della decisione di sottrarsi alla situazione di sfruttamento. La norma, prevedendo l'accesso della vittima ad un "**programma di assistenza e integrazione sociale**", ha creato il sistema di protezione e assistenza delle vittime di grave sfruttamento e tratta.

È dunque sin dalla fine degli anni '90 che **in Italia sono attivi i programmi di emersione, assistenza e integrazione sociale** (così oggi definiti dal comma 3bis dell'art. 18 T.U. in seguito alle modifiche introdotte dal D.Lgs. 24/14 di recepimento della Direttiva europea 2011/36), volti ad assicurare alle persone che hanno vissuto vicende di tratta o grave sfruttamento, le misure di assistenza e protezione di cui necessitano. Tali programmi, realizzati da enti del pubblico e del privato sociale e finanziati dal Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri, si articolano in interventi quali le unità mobili volte ad un primo contatto con le donne che si prostituiscono in strada, gli sportelli di ascolto, l'accoglienza in case protette a indirizzo segreto e l'accompagnamento all'inclusione socio-lavorativa.

5. L'azione della Cooperazione italiana¹

La salute rappresenta uno dei principali settori di intervento per la **Cooperazione italiana**, che vanta una lunga e positiva tradizione in questo campo. Le iniziative sono principalmente volte a offrire **assistenza ai Paesi partner** per migliorare le politiche e le pratiche in campi prioritari quali: l'organizzazione e gestione dei servizi sanitari di base, il controllo delle malattie trasmissibili, l'igiene ambientale, le emergenze mediche e chirurgiche, la promozione e protezione dei diritti delle persone con disabilità, la lotta contro la mortalità materna e infantile.

¹ A cura del Ministero degli Esteri e della Cooperazione Internazionale

Per quanto concerne la **salute materno-infantile**, la Cooperazione italiana ha contribuito alla riduzione della mortalità infantile sotto i 5 anni di vita tramite la forte **azione a sostegno dei servizi sanitari e la formazione del personale sanitario** in Etiopia, Niger, Mozambico, Sudan, Marocco, Tunisia, Iraq, Afghanistan e Burkina Faso. Nel campo della salute materna e dell'accesso universale alla salute riproduttiva, la Cooperazione italiana ha collaborato con paesi partner che registrano elevati indici di mortalità materna, operando per il miglioramento dei servizi di base e dei programmi di **lotta ai tumori femminili** (Tunisia), incentivando l'assistenza al parto con l'impiego di personale di idonea qualificazione coadiuvato da volontari e promuovendo l'accesso alle cure ostetriche di emergenza in caso di complicazioni del parto e del puerperio in Palestina, Etiopia, Mozambico, Sudan, Kenya, Uganda e Repubblica democratica del Congo.

L'Italia vanta, inoltre, una consolidata tradizione di impegno nella **lotta alle grandi pandemie**, tradottasi tra l'altro nel varo di importanti iniziative multilaterali, una su tutte il Fondo Globale per la Lotta all'Aids, la tubercolosi e la malaria. Il Global Fund è nato su impulso della presidenza italiana del G8 del 2001 e il nostro Paese vi ha contribuito fino al 2008 per oltre 1 miliardo di dollari. Il Fondo è divenuto il principale finanziatore multilaterale nel settore della salute globale, raccogliendo l'82% dei finanziamenti internazionali per la lotta alla tubercolosi, il 50% di quelli per la lotta alla malaria e il 21% di quelli per la lotta all'Aids.

Per l'accesso ai servizi di **salute riproduttiva**, la Cooperazione italiana si avvale inoltre di programmi integrati di promozione dei diritti delle donne nei quali sono comprese, tra l'altro, la pianificazione familiare, la prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale, la lotta alle Mutilazioni genitali femminili.

Quanto ai programmi specifici per le donne, nell'ultimo anno la **Cooperazione italiana** ha programmato **iniziative a favore delle donne** per un totale di 22,88 milioni di Euro, distribuiti come segue: 9,53 milioni di euro per l'Africa Sub-sahariana (Etiopia, Gibuti, Kenya, Mozambico, Senegal, Somalia, Sudan); 3,95 milioni di euro per la regione MENA (Egitto, Palestina, Tunisia); 2 milioni di euro per la regione asiatica (Afghanistan e Myanmar); 2 milioni per i Caraibi-America Latina (Bolivia).

I **programmi per la salute riproduttiva e la lotta alla violenza di genere** contro le donne in Afghanistan, Bolivia, Egitto, Etiopia, Gibuti, Kenya, Myanmar, Palestina, Somalia e Sudan ammontano a 6,2 milioni di Euro. A tale impegno si aggiunge il **sostegno e finanziamento di grandi campagne internazionali** promosse dalle Agenzie ONU a favore dei diritti delle donne e della lotta alla violenza di genere, l'eradicazione delle mutilazioni genitali femminili e dei matrimoni precoci e forzati. I contributi volontari italiani, a favore del bilancio di UNFPA e UN Women (le agenzie che operano per i diritti delle donne) e dei programmi UNFPA/UNICEF contro le mutilazioni genitali femminili, ammontano a 1,8 milioni di Euro ciascuno per un totale di 5,4 Milioni di Euro. Quindi, per il solo 2016, l'impegno italiano programmato in tema di lotta alla violenza di genere contro donne e bambine è stato di 11,6 milioni di Euro. Si prevede che la programmazione per il 2017, attualmente in corso, mantenga questo livello e, in alcuni casi, lo accresca soprattutto con iniziative specifiche a valere sull'emergenza.

*a cura di Roberta d'Addio
20 marzo 2017*