

IL LAVORO IN OSPEDALE BUONE PRATICHE IN CAMPO SANITARIO

Chiara Semenzato, Micaela Crisma, Alice Sorz, Federica Scrimin
IRCCS Materno Infantile Burlo Garofolo di Trieste

1. Introduzione e revisione della letteratura

Il Progetto INTEGRA è nato dalla necessità di acquisizione di strumenti e di approfondimento manifestata dagli operatori sanitari del Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia dell'IRCCS Burlo Garofolo di fronte al significativo cambiamento dell'utenza dovuto alle migrazioni.

Come riportato dalle relazioni precedenti, a migrare sono soprattutto donne giovani che portano con sé i loro problemi di salute riproduttiva. D'altra parte, per alcune donne che vivono in comunità più chiuse, l'ospedale diventa uno dei pochi contatti con il sistema sociale italiano: "sono donne che vediamo solo noi" "dobbiamo sfruttare questa opportunità per creare integrazione e quindi salute".

Difficoltà di comunicazione linguistica, mancanza di informazioni, scarsa conoscenza di pratiche culturali diverse, percorsi burocratici complessi sono indicati dalla letteratura come i maggiori ostacoli riferiti dalle donne di recente immigrazione nell'accesso alle cure. D'altra parte uno scarso utilizzo dei servizi sanitari ed una tardiva ricerca di aiuto possono aumentare i rischi e peggiorare gli outcome relativi alla salute (WHO 2019). In questo contesto, la salute riproduttiva con il rischio di gravidanze indesiderate o non programmate costituisce uno scenario complesso. La sfera riproduttiva è un ambito particolare della salute in cui benessere fisico ed aspetti sociali e culturali interagiscono in modo molto stretto (Metusela *et al.*, 2017).

Le donne sono più visibili ai professionisti della salute rispetto ai maschi migranti proprio per questa connessione stretta col problema della gravidanza, della contraccezione, del parto, o dell'aborto che comunque marca la loro vita. (Lombardi, 2004).

La connessione tra aspetti sanitari e culturali fa sì che nell'ambito della salute le donne migranti siano un universo diversificato, un gruppo davvero eterogeneo; esigenze, aspettative e storie di vita differenti complicano ulteriormente la relazione con gli operatori.

La letteratura di ricerca è ricca di studi riguardanti le donne migranti e la loro interazione coi sistemi sanitari; alcuni riguardano le donne migranti in generale e offrono raccomandazioni generiche (Keygnaert *et al.*, 2016, Pottie *et al.*, 2011); altri, più approfonditi, riguardano specifici paesi di origine, ad esempio donne somale (Degni *et al.*, 2011, Lynn Pavlish, Noor and Brandt, 2010), Afghane (Yelland *et al.*, 2015), Coreane (Seo, Bae e Dickerson, 2016), altri ancora riguardano regioni più ampie, come quelle sulle donne africane (Woodgate *et al.*, 2017) o asiatiche indiane (Mann, Roberts e Montgomery, 2017).

Alcuni autori hanno confrontato le difficoltà incontrate da donne migranti di diversi paesi nelle relazioni col sistema sanitario (Metusela *et al.*, 2017).

Un serio problema per gli operatori dei servizi sanitari oggi è proprio la eterogeneità delle culture e delle provenienze. La presenza di pazienti con background culturali diversi implica la necessità di competenze relazionali e culturali che non fanno parte dei percorsi di studio di medici e operatori sanitari, i quali in questi ultimi anni si sono trovati di fronte a problemi nuovi e soprattutto inaspettati (Mengesha *et al.* 2018). Pensiamo ad esempio al gran numero di donne trasferite dopo gli sbarchi ai nostri pronto soccorso in stato di gravidanza. Inizialmente, il numero di gravidanze stupiva; ci si occupava della cura sanitaria e dell'accoglienza senza porsi il problema dell'origine di quelle gravidanze e quindi spesso non si informavano le pazienti sulla possibilità, prevista dalle leggi italiane, di interromperle.

Mengesha *et al.* (2018), dopo aver intervistato medici generici, infermieri e altri addetti alla tutela della salute, confermano la nostra esperienza: la mancanza di formazione e di conoscenza sulle complesse questioni riguardanti le donne migranti, ma anche la volontà dello staff di impegnarsi per migliorare la propria formazione.

Il problema più immediato che gli operatori sanitari affrontano ogni giorno con i pazienti stranieri è l'incomprensione linguistica; molte donne non parlano italiano e lo capiscono molto poco. La conoscenza linguistica è direttamente proporzionale all'accesso e alla capacità di adesione alla cura, ma in particolare influenza le cure materne.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità segnala che fattori come un'età inferiore ai 20 anni, l'essere multipara, single, con poca o nulla conoscenza della lingua, una scolarità inferiore ai 5 anni, una gravidanza non pianificata, o la mancanza di assicurazione sanitaria si associano a un aumentato rischio di ricevere cure inadeguate (WHO, 2016).

In accordo con ciò, l'analisi sistematica di 29 studi ha dimostrato che le donne migranti hanno maggiori probabilità di ricevere un'assistenza prenatale inadeguata rispetto alle donne del paese di accoglienza. L'assistenza prenatale può contribuire a ridurre la morbilità e la mortalità materne e perinatali, monitorando i rischi potenziali, curando i problemi medici e aiutando le donne a gestire i fattori comportamentali che contribuiscono a risultati sfavorevoli (Heaman, 2012)

La mancanza di conoscenza linguistica del paese ospitante si traduce nello scarso ricorso ai programmi di screening, di prevenzione e di diagnosi precoce, con risultati peggiori in termini di salute e un aumento dei costi per il sistema sanitario (ad esempio, lo scarso ricorso alla contraccezione può comportare il ripetersi di interventi di interruzione volontaria di gravidanza, o la mancanza di cure prenatali, come ad esempio i controlli per il diabete, può portare a complicazioni intra o post partum) (WHO 2019).

2. Le donne migranti in Italia

Secondo l'ISTAT (2017), i cittadini stranieri residenti in Italia sono 5 milioni. La maggior parte proviene dall'Europa orientale (39,6%), l'8,7% dal Nord Africa, il 5,4% dall'India e dal Bangladesh, il 5,4% dalla Cina.

Le donne rappresentano circa la metà della popolazione migrante in Italia, ma la loro quota è molto diversa a seconda del paese di origine. Ad esempio, le persone provenienti dal Nord Africa sono per lo più uomini (74%), mentre i migranti latini sono per lo più donne (80%). Inoltre, sembra che le donne migranti provenienti dall'Europa dell'Est e dal Sud America vengano in Italia per la maggior parte da sole, con un progetto di vita individuale, mentre le donne provenienti dal Nord Africa, dai paesi arabi e dalla Cina arrivano per lo più seguendo i loro mariti.

Infine, in Italia le donne migranti hanno maggiori probabilità rispetto alle donne non migranti di ricercare l'aiuto della sanità pubblica, piuttosto che del privato, e dei servizi sociali: circa l'80% delle donne migranti, contro il 33% delle italiane durante la gravidanza (Lombardi, 2004).

2.1. Barriere all'accesso all'assistenza sanitaria per la SSR

Uno dei fattori più importanti che influenzano l'accesso delle donne migranti ai servizi SSR è, ovviamente, la lingua. Una donna che parla solo la lingua straniera ha spesso bisogno di un interprete o di un mediatore culturale, non sempre disponibili immediatamente o adeguatamente. Per questo motivo, a volte ad aiutare nella traduzione sono i familiari stretti e persino i figli minori. Alcune linee guida mettono in guardia gli operatori sanitari dagli effetti negativi di questa pratica: "La presenza di parenti, o di altri con cui interagiscono socialmente, inibisce la libera comunicazione a due vie di informazioni cruciali ma sensibili, in particolare sulla loro precedente situazione sanitaria o storia riproduttiva, su preoccupazioni personali e abusi familiari" (Cantwell *et al.*, 2011). Infatti, un'analisi sistematica sull'impatto dei servizi di interpretariato medico ha rilevato che

la qualità dell'assistenza sanitaria è peggiore per i pazienti che parlano lingue straniere quando vengono utilizzati interpreti non addestrati o *ad hoc* (amici, membri della famiglia) (Flores, 2004). Le norme culturali o religiose possono proibire il sesso al di fuori del matrimonio o addirittura impediscono parlare di sesso. Per questo motivo alcune donne migranti potrebbero avere difficoltà a richiedere la contraccezione o a cercare cure preventive (Metusela *et al.*, 2007). Per alcune donne anche solo parlare di menarca e di mestruazioni con altre donne è considerato vergognoso, e durante il ciclo dovrebbero evitare molte attività perché potrebbero essere fonte di contaminazione. (Rogers and Earnest 2015; Ussher *et al.* 2017). D'altra parte, quando entrano in contatto con l'educazione al corpo e alla loro sessualità, molte desiderano poter offrire informazioni e istruzioni alle loro figlie (Hawkey *et al.*, 2016).

Le aspettative delle pazienti riguardo all'assistenza medica e al ruolo del medico possono essere molto diverse da quanto previsto nei paesi occidentali. Ad esempio, in uno studio sulle famiglie di immigrati africani in Canada, risulta che i pazienti sono stati scoraggiati dai lunghi tempi di attesa (Woodgate *et al.*, 2017). In un altro studio qualitativo, medici, ostetriche e infermiere finlandesi hanno segnalato le loro principali difficoltà con le donne somale, evidenziando come le due culture si differenzino in base all'attitudine al contatto fisico: le pazienti lo cercavano, mentre il personale lo evitava a causa delle norme culturali. Le pazienti chiedevano tempo per costruire un rapporto, mentre lo staff puntava a mantenere un atteggiamento professionale basato, sulla esecuzione di esami e accertamenti tecnologici (Degni *et al.*, 2011).

In uno studio svolto negli Stati Uniti, alcune donne somale riferivano stupore perché i medici ponevano loro molte domande, eseguivano indagini e prescrivevano pochi farmaci. I medici nel loro paese, invece, "fanno pochissime domande". "Il medico dovrebbe conoscere la risposta" e prescrivere immediatamente un farmaco (Pavlish, Noor e Brandt, 2010).

Alcune donne, a tutt'oggi, riferiscono comportamenti improntati al razzismo e agli stereotipi.

Uno studio su donne migranti a Londra riporta esperienze molto variabili: alcuni professionisti si adoperano per curare, nonostante gravi problemi linguistici, ma esistono anche operatori disinteressati o indifferenti. Alcuni operatori sanitari hanno rivelato idee "inconsapevolmente" razziste, riferendo ad esempio che le donne somale sono buone madri per natura, che non hanno bisogno di usare antidolorifici e che preferiscono ricevere istruzioni piuttosto che informazioni (Bulman e McCourt, 2002).

2.2. La buona comunicazione con le pazienti

La comunicazione efficace tra operatori sanitari e pazienti è un elemento fondamentale per migliorare la soddisfazione, l'accettazione del trattamento e gli esiti di salute del paziente (Degni *et al.*, 2011).

Secondo la NHMRC (2004), le caratteristiche più desiderabili di una buona comunicazione tra medico e paziente sono:

- Aiutare il paziente a fornire le informazioni
- Migliorare la soddisfazione del paziente
- Coinvolgere maggiormente il paziente nei processi decisionali relativi alla salute
- Aiutare il paziente a prendere decisioni sanitarie migliori
- Portare i pazienti ad aspettative più realistiche
- Produrre terapie più efficaci
- Ridurre il rischio di errori e contrattempi

Un importante problema che si cerca di affrontare con questo progetto di ricerca è come raggiungere questi obiettivi anche con donne migranti di vari paesi e background culturali diversi. Abbiamo visto che ci sono molti ostacoli noti per una buona comunicazione secondo la letteratura. Ma dobbiamo conoscere meglio la realtà dei nostri servizi sanitari e delle nostre pazienti per migliorare efficacemente la qualità dell'assistenza offerta.

2.3. Il lavoro svolto all'Ospedale Burlo Garofolo

Il gruppo di ricerca dell'Ospedale Burlo Garofolo ha svolto:

- Raccolta delle informazioni relative alle donne migranti tramite la somministrazione attraverso intervista di un questionario INTEGRA elaborato appositamente (dati quantitativi e qualitativi, 77 soggetti)
- Un'ostetrica ha osservato 39 visite presso l'ambulatorio di gravidanza ad alto rischio e ha preso appunti sulle interazioni tra donna, medico, marito, mediatore culturale (dati qualitativi)
- Raccolta di casi clinici pertinenti partecipando a riunioni in équipe e/o contattando regolarmente il personale sanitario dei reparti di ginecologia e ostetricia
- Studio delle Linee guida e analisi della letteratura
- Riunioni con il lead partner e kick off meeting
- Presentazione ufficiale del progetto presso l'istituto
- Progettazione, produzione di materiali informativi, divulgativi, lettere di dimissione ospedaliera concernenti la SSR e traduzione degli stessi in lingue diverse per le pazienti migranti
- Ideazione di strategie atte a favorire la comprensione dell'importanza della conoscenza della lingua per un progetto di integrazione e di salute "a scuola di italiano in ospedale"
- Aggiornamento dei mediatori culturali

Il dialogo

- La figura del mediatore culturale.

In Italia, e in particolare nella regione Friuli Venezia Giulia, il mediatore culturale è considerato una figura chiave nei percorsi di integrazione, in particolare nell'ambito del Sistema Sanitario.

Attualmente, oltre che nel sistema sanitario, queste figure sono previste anche per collaborare con tribunali, questure ed altri enti pubblici.

Non esiste una legislazione nazionale in proposito; mentre per quanto riguarda la regione Friuli Venezia Giulia, con la LR31/2015 - Norme per la integrazione delle persone straniere è stato istituito l'elenco regionale dei mediatori culturali.

Corsi di formazione regionali si ripetono periodicamente.

Il nostro Dipartimento, nell'ambito del Progetto "Prevenzione dell'interruzione di gravidanza in donne straniere", finanziato nel 2012-13 dal Ministero, ha previsto uno specifico corso di formazione per operatori che si occupano di salute riproduttiva. Di tali operatori ci stiamo attualmente avvalendo.

- Creazione di materiale divulgativo informativo

Nel nostro lavoro quotidiano è emersa la necessità di creare relazioni più intense con mediatori culturali, ma anche di sviluppare materiale scritto e/o audiovisivo che le donne possano scaricare direttamente sui loro telefoni cellulari o vedere nelle sale d'attesa.

Abbiamo fornito molte informazioni, ad esempio, sul tema della contraccezione, che però a volte la paziente non ha recepito a causa di problemi di comprensione della lingua o di tabù legati alle tradizioni culturali/religiose del paese di origine.

Per garantire un'adeguata assistenza dobbiamo tenere conto del tipo di popolazione migrante che accede ai nostri servizi: molte delle nostre utenti non possiedono un buon livello di conoscenza della lingua italiana, alcune non parlano perché arrivate di recente in Italia e altre, nonostante siano qui da molto tempo e abbiano già avuto due o più gravidanze completate in Italia non l'hanno ancora imparato.

Quindi, il problema della lingua è fondamentale: il progetto mira a colmare questa lacuna all'interno dell'Istituto in modo funzionale ai bisogni dei vari servizi, producendo materiale utile -semplice, con molte immagini, tradotto nelle varie lingue con l'aiuto di mediatori culturali scelti ad hoc.

3. Il sondaggio con le donne migranti all'IRCCS Burlo Garofolo

Da marzo a maggio 2018 è stato somministrato un questionario a 77 donne migranti ospiti dell'ospedale Burlo Garofolo. Due intervistatori, un'ostetrica e un medico, hanno reclutato donne migranti presenti all'ospedale nelle seguenti unità: ambulatorio di gravidanza ad alto rischio, reparto di ginecologia, compreso il servizio di interruzione della gravidanza, servizio di procreazione medicalmente assistita e reparto di ostetricia.

A tutte le donne immigrate che non erano troppo malate per parlare è stato chiesto di rispondere al questionario in italiano o inglese. Se necessario, un mediatore culturale è stato chiamato per aiutare nella traduzione.

In totale, sono state intervistate 77 donne (nessuna si è rifiutata di partecipare, anche se alcune erano restie a rispondere ad alcune domande). Si tratta dunque di un campione "di convenienza" e la nostra ricerca è di natura esplorativa. Tuttavia, esso offre un'immagine interessante delle donne migranti che cercano assistenza medica per la SSR e delle loro difficoltà con il personale e i servizi sanitari.

Il questionario riguardava diverse aree; in questo rapporto ci concentreremo su: dati socio-demografici, SSR, comunicazione medico-paziente, suggerimenti delle pazienti.

3.1. Analisi del questionario INTEGRA

Le donne del nostro campione provengono da diversi paesi (vedi tab. 1) e l'Europa dell'Est è la regione più rappresentata.

La maggior parte delle donne parla italiano (N = 56; 72,7%), alcune parlano inglese (M = 6; 7,8%). Per 12 donne (15,6%) è stato necessario l'intervento del mediatore culturale per realizzare l'intervista.

L'età media è 31,1 anni, più della metà (54,5%) ha 26-35 anni.

L'81,8% (N = 63) è sposata. La maggior parte ha 1-2 figli (N = 47; 61,1%), il 28,6% non ha figli (ma molte donne sono in clinica perché incinte (N = 44; 57,1%). Solo il 10,4% (N = 8) ha 3 o più figli.

La metà è di religione cristiana (N = 39; 50,6%), il 39% (N = 30) è musulmana, le altre indicano altre religioni o nessuna religione.

La maggior parte delle donne è ben istruita: 49 (63,6%) hanno completato la scuola secondaria o sono laureate.

Tab. 1 - Paese d'origine

	N	%
Europa orientale (Romania, Serbia, Kosovo, Moldova, Bulgaria, Macedonia, Bosnia, Russia, Rep. Ceca)	32	41.6
Africa (Marocco, Nigeria, Camerun, Togo, Costa d'Avorio, Kenya, Senegal)	22	28.7
Pakistan-Bangladesh	9	11.7
Sud America (Colombia, Brasile, Rep. Dominicana)	6	7.8
Asia (Cina, Vietnam, Cambogia)	4	5.2
Altro (Turchia, Libano, Afghanistan)	4	5.2
Totale	77	100.0

I dati mostrano che il nostro campione non è rappresentativo delle donne migranti in Italia, piuttosto è un campione privilegiato. Nonostante ciò, anche queste donne hanno incontrato alcune difficoltà pratiche o di comunicazione con i servizi sanitari e qualche forma di discriminazione quasi sempre sul territorio, molto raramente con il personale sanitario.

La maggior parte delle donne (N = 46; 60%) afferma di non aver subito in Italia alcuna forma di discriminazione. Ma il 40% di loro sì! Alcune hanno denunciato discriminazioni sul lavoro o da parte

di persone comuni. Ad esempio, sono state viste con sospetto perché vestite in modo diverso o per il colore della loro pelle. La loro competenza in ambito lavorativo non è stata riconosciuta. Sfortunatamente, alcune di loro sono state trattate male dal personale medico. Tra i motivi di questo maltrattamento, il fatto che hanno troppi bambini o che mangiano cibi diversi.

Relazione col sistema sanitario

Alle donne è stato chiesto delle difficoltà incontrate nei servizi sanitari. Alcune (N = 12; 15,6%) non hanno segnalato alcun problema. Le altre hanno detto che il problema principale è la lingua (N = 65; 84,4%). Infatti, il 58,4% (N = 45) afferma di parlare bene l'italiano o abbastanza bene, mentre le altre parlano l'italiano un po' (N = 17; 22,1%) o per niente (N = 14; 18,2%).

Sembra che le donne più giovani parlino molto meno l'italiano: il 26,7% delle donne di età inferiore ai 25 anni parla l'italiano bene o abbastanza bene, contro il 66,7% delle donne di età compresa tra i 26-35 anni e il 68,4% delle donne di età pari o superiore a 36 anni (chi quadrato 8,21, $p < .016$). Ciò è probabilmente dovuto al fatto che le giovani hanno trascorso meno anni in Italia.

Inaspettatamente, il mediatore culturale non è sempre visto come un aiuto utile. Un terzo delle donne (N = 25, 32,5%) non ha mai usufruito di questo servizio. Il 58,4% (N = 45) afferma che il mediatore culturale è utile o molto utile. Ma alcune donne hanno rifiutato la presenza di un mediatore culturale; e tre donne hanno dichiarato di avere un'esperienza negativa (totalmente inutile o addirittura dannosa). Altre donne hanno detto che i mediatori culturali diminuiscono la volontà di imparare l'italiano e di essere più indipendenti.

Alle donne è stato chiesto se potevano pensare ad alcune strategie per migliorare la comunicazione con il personale dell'ospedale.

Ecco i suggerimenti principali:

- I mediatori culturali dovrebbero tradurre testualmente
- Interpreti/mediatori culturali, quando necessario, dovrebbero essere presenti in ospedale ogni giorno durante il ricovero della paziente
- Ci dovrebbe essere un ufficio specifico per informazioni/accettazione degli stranieri
- Le informazioni per gli stranieri dovrebbero essere più chiare
- Fornire volantini e altre informazioni scritte
- Se ci sono più pazienti straniere, provare a metterle nella stessa stanza
- Evitare il razzismo
- Evitare lunghi tempi di attesa
- Il personale dovrebbe essere più gentile e paziente con gli stranieri.

3.2. Informazioni sulla salute

La maggior parte delle donne (N = 59, 76,6%) afferma che cambiare le condizioni climatiche e lo stile di vita non ha influito sulla loro salute. Il 14,3% (N = 11) ha avuto nuove malattie (principalmente influenza e/o raffreddori), per 5 donne le condizioni sono migliorate.

La stragrande maggioranza ha la tessera sanitaria (N = 70; 90,9%).

Quando sono malate, il 40,3% (N = 31) si reca al pronto soccorso, il 74% (N = 57) dal medico di medicina generale. Tutte le altre opzioni (amico, consigliere, leader religioso) sono state scelte da un massimo di 2 donne.

La maggior parte delle donne si è rivolta al medico di base per febbre e malattie infettive (N = 51; 66,2%), per problemi ginecologici (N = 16; 20,8%) o gastrointestinali (N = 4; 5,2%). Tutte le altre opzioni sono state scelte da 1-3 donne.

Le donne si sono recate in una struttura sanitaria per i seguenti motivi: problemi ginecologici (N = 73; 94,8%), febbre e malattie infettive (N = 9; 11,7%), problemi ai reni (N = 7; 9,1%) o gastrointestinali (N = 5, 6,5%). Tutte le altre opzioni sono state scelte solo da 1-3 donne.

Più della metà (N = 40; 52%) è stata in un consultorio familiare (distretto). Di quelle che ci sono

andate, 12 (30%) hanno seguito il corso di preparazione alla nascita, 11 (27,5%) sono state seguite durante la gravidanza e 6 (15%) sono andate solo a pesare il neonato. Tuttavia, più di un quarto del campione (N = 21, 27,3%) non sa cosa sia.

Uso di farmaci: il 67,5% (N = 52) usa farmaci prescritti dal medico, il 10,4% (N = 8) usa le erbe. Nessuna usa medicine omeopatiche.

3.3. *Metodi di pianificazione familiare*

Per quanto riguarda l'uso della contraccezione, la maggior parte del nostro campione nel paese di origine non ha utilizzato nulla (N = 41; 53,2%) o solo l'astinenza (N = 4; 5,2%). Il metodo contraccettivo più usato era il preservativo (N = 22; 28,6%), non così usata la pillola (N = 6; 7,8%) e quasi mai gli altri metodi.

In Italia il 37,7% ha avuto accesso a nuovi metodi di contraccezione. Attualmente, le donne usano la pillola più di prima (N = 15; 19,5%) e il preservativo (N = 19; 24,7%), seguito dalla spirale (N = 5; 6,5%). Molte donne non usano nulla (N = 35; 45,5%), perché sono in gravidanza (N = 44; 57,1%) o vogliono altri bambini (N = 35; 45,5%).

Raggruppando le donne di religione cristiana, musulmana o di altre religioni, possiamo notare che le donne cristiane, una volta arrivate in Italia, hanno adottato molto più spesso nuovi metodi di contraccezione: il 52,8% contro il 24,2% delle musulmane e il 30% degli altri gruppi (Chi quadrato 5,92, $p < 0.05$).

Per quanto riguarda l'uso dei metodi contraccettivi da parte dei connazionali, i risultati non possono essere interpretati perché quasi metà del campione non ha voluto o non ha potuto rispondere. Il 71,4% delle donne ha risposto alla domanda su chi decide il sistema contraccettivo: la maggioranza (55,7%, corretta per le mancate risposte) afferma che è la donna a decidere, il 10,4% la coppia, solo 2 dicono il marito o altri membri della famiglia.

Considerando le donne cristiane (N = 39) e le donne musulmane (N = 30), escluse le agnostiche, atee e altre, troviamo una differenza significativa nell'uso di sistemi contraccettivi efficaci. Il 63,9% (N = 23) delle cristiane lo usa contro il 34,5% delle musulmane (N = 10). Chi quadrato = 5,55 ($p < 0,018$)

Il 18,2% (N = 14) ha affrontato un'interruzione volontaria della gravidanza (IVG): due donne nel loro paese di origine, 7 al Burlo (9,1%), le altre in diverse strutture della Regione o al di fuori della Regione. 3 donne hanno avuto più di una IVG. Emerge una differenza significativa (chi quadrato 6.89, $p < 0.03$) nel ricorso alla IVG, che è più frequente tra le cristiane (29.7% contro il 10% delle musulmane e nessuna delle altre).

4. *Mutilazione dei genitali femminili/taglio*

4.1. *Cos'è la mutilazione genitale femminile*

La mutilazione genitale femminile o taglio (MGF/E) o escissione comporta la rimozione parziale o totale dei genitali femminili esterni, o qualsiasi altra lesione agli organi genitali femminili per ragioni non terapeutiche. Viene eseguita principalmente su bambine o adolescenti e ha un'origine essenzialmente rituale.

La pratica è prevalente in alcuni paesi dell'Africa ma anche in alcune parti dell'Asia. In tutto il mondo 200 milioni di donne hanno subito la MGF/E, e più di 3 milioni di ragazze sono a rischio ogni anno (UNICEF, 2016). A causa della migrazione, oltre un milione di donne con MGF/E vive in paesi ad alto reddito in cui il sistema sanitario deve affrontare questa «nuova» condizione.

L'OMS distingue quattro tipi diversi di MGF (WHO, 2010):

Tipo I: rimozione parziale o totale del clitoride e/o del prepuzio (clitoridectomia).

Sottogruppi:

- o Tipo I-A, rimozione del cappuccio clitorideo o solo del prepuzio;
- o Tipo I-B, rimozione del clitoride con il prepuzio.

Tipo II: rimozione parziale o totale del clitoride e delle piccole labbra, con o senza escissione delle grandi labbra (escissione).

Sottogruppi:

- o Tipo II-A, solo rimozione delle piccole labbra;
- o Tipo II-B, rimozione parziale o totale del clitoride e delle piccole labbra;
- o Tipo II-C, rimozione parziale o totale del clitoride, piccole labbra e grandi labbra.

Tipo III: restringimento dell'orifizio vaginale con creazione di un sigillo di copertura tagliando e apponendo le piccole labbra e/o le grandi labbra, con o senza escissione del clitoride (infibulazione).

Sottogruppi:

- o Tipo III-A, rimozione e apposizione delle piccole labbra;
- o Tipo III-B, rimozione e apposizione delle grandi labbra. La reinfibulazione ricade in questa definizione. Questa è una procedura per ricreare un'infibulazione, ad esempio dopo il parto, quando la deinfibulazione è necessaria.

Tipo IV: non classificato - tutte le altre procedure dannose per i genitali femminili per scopi non medici, ad esempio puntura, piercing, incisione, raschiatura e cauterizzazione.

Le MGF sono una violazione dei diritti umani delle ragazze e delle donne. Si associano a danni permanenti della salute sessuale e riproduttiva. In Italia sono vietate da una legge specifica, la 7/2006 - Disposizioni concernenti la prevenzione ed il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile” oltre che dall'art 583 bis del codice penale.

I rischi ostetrici sono: taglio cesareo, emorragia *postpartum*, episiotomia, travaglio prolungato, lesioni/lacerazioni ostetriche, parto strumentale, travaglio difficile/distocia, prolungamento della degenza materna, nati morti e morte neonatale precoce, rianimazione infantile alla nascita (Berg, 2014).

La diagnosi ed il riconoscimento di queste procedure nelle nostre pazienti è di estrema importanza in quanto permette un lavoro di prevenzione informazione e tutela delle nasciture. Questo tema, e soprattutto le nostre proposte organizzative sull'argomento, saranno inserite nelle linee guida per gli operatori sanitari oggetto della seconda parte del nostro lavoro.

4.2. I nostri risultati: il questionario INTEGRA

La versione completa del questionario, comprese anche le domande sulla mutilazione genitale femminile, è stata somministrata al 35,1% del nostro campione (N = 27) perché, come stabilito all'inizio dello studio, la versione completa doveva essere somministrata a tutte le donne provenienti da Africa, India e Pakistan, paesi in cui le MGF sono diffuse.

Nel nostro campione solo 9 donne (11,7%) provengono però da paesi in cui viene praticata la MGF. Di questi, 4 donne hanno avuto una MGF quando erano neonate (solo 1 aveva più di 4 anni). Una aveva subito un intervento chirurgico a casa, 2 all'ospedale, 1 non lo sa. Nessuna di loro ha ricordi specifici del momento, quindi è risultato impossibile rispondere a tutte le domande del questionario.

È stato chiesto loro perché pensano che questa procedura sia stata eseguita e le risposte sono state:

- “Non so perché, credo sia una cosa stupida, non capisco”
- “Una mia amica della Nigeria ce l'ha, ma non so perché è praticata”
- “È una cosa tradizionale, tagliano un po' il clitoride in modo che si possa benedire il terreno con il sangue. Si benedice il terreno dove tutti i nostri parenti sono sepolti”
- “Ignoranza, patrimonio culturale”
- “Cultura, è sempre stato così”
- “Solo cultura. Lo fanno per preservare la verginità delle ragazze prima del matrimonio. Ma in questo modo le ragazze perdono anche la percezione sessuale”.

4.3. L'importanza della formazione degli operatori sanitari

Le linee guida principali del Royal College of Obstetricians and Gynecologists sulle MGF affermano che tutti i medici dovrebbero essere a conoscenza delle complicanze delle MGF e che ginecologi, ostetrici e ostetriche dovrebbero ricevere una formazione obbligatoria sulla MGF e sulla sua gestione (RCOG, 2015).

Alcuni interventi indicati come possibili strategie per migliorare le interazioni e le cure degli operatori sanitari nei confronti donne e ragazze che vivono con MGF includono l'educazione per ridurre la medicalizzazione, migliorare la comunicazione, lo screening, la diagnosi e il trattamento delle complicanze della MGF (UNFPA, 2010).

Nonostante le risorse di apprendimento disponibili, gli studi sulla consapevolezza, le conoscenze e gli atteggiamenti dei *caregivers* e degli studenti di medicina riguardo alla MGF hanno mostrato una mancanza di consapevolezza della prevalenza, della diagnosi e della gestione della MGF e delle difficoltà nel classificare correttamente le MGF secondo la classificazione dell'OMS.

La MGF non è sempre inclusa nei curricula pre o post-laurea di infermieri, ostetriche e medici. Questo può costituire un problema anche semplicemente perché chi non è adeguatamente formato può non riconoscerle, non avviando quindi il colloquio informativo con la paziente ai fini della prevenzione.

Gli interventi che potrebbero migliorare l'assistenza sanitaria delle donne con MGF e la prevenzione della pratica solo raramente sono stati analizzati (Abdulcadir, 2015).

Queste donne hanno esigenze sanitarie specifiche e gli operatori sanitari sono essenziali per garantire screening, diagnosi, assistenza, consulenza e prevenzione adeguati (Dawson, 2015).

Sebbene la pratica sia più diffusa nei paesi africani, il cambiamento dei modelli di migrazione ha portato gli operatori della salute a incontrare donne con MGF in paesi ad alto reddito, tra cui l'Italia (Dawson, 2015).

I professionisti che lavorano in questo campo devono quindi avere accesso a linee guida e strumenti validi e basati su riscontri oggettivi per il loro lavoro; questo sarà oggetto delle linee guida per gli operatori in via di edizione nel nostro Dipartimento.

5. Alcuni casi clinici rilevanti

- 40 anni, dalla Sierra Leone, dall'anamnesi emerge una interruzione volontaria della gravidanza art. 4 nel 2008.

Durante il travaglio, in considerazione della cardiocografia della condizione di diabete gestazionale con crescita fetale al 95° percentile, i medici decidono per l'esecuzione del taglio cesareo: la coppia esprime dissenso alla procedura nonostante l'illustrazione dei rischi materni e fetali legati a questa decisione.

Il medico riferisce verbalmente che la ragione per cui la paziente ha rifiutato il taglio cesareo è dovuta alla paura che un demone possa entrare nel corpo attraverso il taglio sulla sua pancia. Il bambino è nato grazie all'applicazione della ventosa ed è stato trasferito in terapia intensiva neonatale per gravi sequele perinatali.

- 22 anni, nigeriana, accompagnata da un operatore del volontariato. Viene inviata dal centro di consulenza familiare per un'immunizzazione anti-S. Dalla somministrazione del questionario emerge che è vittima di mutilazione genitale (nonostante ciò non sia riportato nella cartella clinica). La donna chiede di saltare alcune domande dal questionario perché il ricordo di alcuni eventi è molto doloroso. È impossibile capire le ragioni che l'hanno portata ad emigrare in Italia e le circostanze in cui è rimasta incinta sono oscure.

I medici prescrivono esami del sangue da ripetere ogni 2 settimane, ma la donna risponde che non vuole farli perché c'è Dio che pensa al suo bambino, è sicura che il suo bambino stia bene e non intende fare gli esami due volte al mese.

- 24 anni, dalla Nigeria, accompagnata dall'operatore del volontariato. Ricoverata per anemia falciforme, calcolosi della colecisti, complicata da fistola biliare dopo colecistectomia. Genitali esterni con risultati di infibulazione di tipo II.

La storia medica della paziente è stata raccolta in presenza dell'operatore che conserva l'anamnesi clinica della paziente. La donna non parla affatto, il suo livello di inglese non è sufficiente per comprendere ed essere compresa, con l'aiuto dell'operatore e dei gesti i medici sono stati in grado di ricostruire solo sommariamente la storia clinica. L'operatore ha con sé tutta la documentazione della donna e i risultati degli esami. L'operatore cerca di stimolare la donna che sembra infastidita da tutte le domande del dottore.

I tre casi segnalati sono stati scelti perché sono particolarmente complessi e sottolineano come le differenze culturali e le difficoltà di comprensione reciproca abbiano un impatto negativo sulla qualità dell'assistenza. Ciò dimostra ancora una volta la validità di offrire agli operatori sanitari una buona formazione per migliorare la comunicazione con queste pazienti e un addestramento specifico sulle mutilazioni genitali femminili. Inoltre sarebbe estremamente utile offrire anche alle pazienti straniere maggiori opportunità di apprendimento della lingua.

6. Osservazione delle visite ostetriche

Una prima fase di ricerca qualitativa ed esplorativa è stata effettuata da gennaio ad aprile 2018 presso l'Ospedale Burlo Garofolo. Lo scopo di questo studio preliminare era valutare l'interazione tra il personale medico e le donne immigrate.

Una ostetrica addestrata, C.S., ha preso parte a diverse visite mediche con donne migranti, come osservatore partecipante. Ha osservato 24 donne immigrate nell'ambulatorio per la gravidanza ad alto rischio e 15 nel day hospital di assistenza ostetrica.

Le donne provenivano da diversi paesi: Romania, Serbia, Togo, Senegal, Afghanistan, Cina, Cameroon, Nigeria, Bangladesh e altri. L'obiettivo in questa fase del progetto era di raccogliere esempi di interazioni tra lo staff medico e le pazienti provenienti da una varietà di paesi e culture.

Il focus dell'osservazione era principalmente su:

- barriere linguistiche
- presenza di parenti durante la visita e il loro ruolo
- problemi culturali emersi durante la visita
- comunicazione tra il personale medico e il paziente,
- qualsiasi differenza di genere rilevante
- attenzione alla presenza di MGF
- qualsiasi altro fatto rilevante per gli scopi dello studio.

L'osservatore ha preso nota di questi elementi, cercando di interferire il meno possibile con la visita.

Come previsto, le barriere linguistiche sono state il problema principale nella maggior parte dei casi: solo 14 donne su 39 erano in grado di parlare italiano a un livello sufficiente per comprendere e interagire chiaramente con il personale.

Altre 13 donne sono state assistite da un mediatore culturale o simili e in 7 casi la traduzione è stata fornita da un parente (il marito o la madre). Quest'ultima scelta era a volte l'unica disponibile, ad esempio perché il mediatore era malato e non era venuto all'appuntamento.

Nel resto delle visite a volte il medico parlava in inglese o in francese.

Un parente è stato presente durante la visita in 15 casi (principalmente il marito/partner, ma in 2 casi c'erano le madri, in un caso una cugina e in un altro un bambino di 10 anni).

Nel complesso, sembra che i parenti che hanno preso parte alla visita non abbiano interferito troppo e che non abbiano mostrato un comportamento intrusivo o ostruttivo.

Solo in un caso si è registrato un conflitto tra un medico e il marito di una paziente durante la visita. Una donna turca aveva bisogno di un esame vaginale, il marito e una mediatrice erano presenti e c'era un medico di sesso maschile. Il marito ha spiegato che sua moglie non desiderava essere esaminata da un uomo e l'esame è stato eseguito da una specializzanda sotto la supervisione del medico.

In altri - pochi - casi, il mediatore ha ostacolato la relazione tra il paziente e il medico invece di aiutare! Per esempio, con una paziente del Bangladesh, il dottore ha dato il benvenuto alla donna e le ha chiesto cosa stava succedendo, ma la mediatrice è intervenuta e ha guidato la conversazione, rispondendo alle domande del medico senza consultare la donna e spesso non traducendo. Un'altra donna dal Bangladesh ha ricevuto un trattamento simile. Il mediatore ha condotto la conversazione e tradotto solo un riassunto della conversazione con il medico al termine della visita. Riguardo alla comunicazione tra lo staff medico e le donne, abbiamo alcuni esempi di ottime pratiche e, sfortunatamente, anche alcuni esempi di scarsa qualità da parte dello staff.

Le pazienti generalmente manifestano molta fiducia nel Sistema Sanitario e nell'operato dei medici e del personale sanitario riconoscendo di avere accesso cure che non avrebbero nei loro paesi di origine.

6.1. Esempi di buone pratiche

- Una donna nigeriana parlava un po' di inglese e c'era un mediatore presente. Il medico, che parlava bene l'inglese, ha parlato direttamente con la donna, assicurandosi che capisse. Il mediatore ha parlato con il medico in italiano, ma quest'ultimo si è concentrato sulla donna, chiedendo e rispondendo in inglese direttamente a lei. La donna era dolorante ma sorridente ed era grata al medico.
- Una donna russa ha rifiutato la presenza del mediatore preferendo la presenza del marito, anche se entrambi parlavano solo un po' di italiano. Il marito aiutava, senza intromettersi. Il medico durante la visita ha parlato direttamente con la donna e le ha chiesto molte volte se stava capendo e lei annuiva ogni volta.
- Una donna incinta afghana, che aveva già perso il bambino durante la precedente gravidanza, era accompagnata dal marito e da un mediatore. Quando la donna ha iniziato a piangere ricordando la perdita del bambino, il medico le ha preso la mano, concentrandosi solo su di lei e parlandole - anche se non era in grado di capire una parola - mentre il mediatore traduceva e il marito era vicino a lei.
- Una donna rumena era molto preoccupata e turbata per ciò che stava accadendo (era incinta e sanguinava). Suo marito era con lei. Sebbene fosse arrabbiata, avvilita ed esigente, il medico le ha spiegato bene e lentamente la procedura di trattamento con calma e pazienza.
- Infine, il caso di una paziente cinese, nel quale sia il medico che il mediatore hanno svolto un ottimo esempio di comunicazione. Il dottore parlava direttamente con la paziente e il mediatore traduceva tutto senza intromettersi nella visita. La paziente sembrava a suo agio e sorridente.

6.2. Difficoltà di comunicazione

- Una donna del Togo era venuta in ospedale con il marito. Il medico, maschio, si è concentrato sul marito e ha parlato con lui, invece di parlare con la paziente.
- Una donna bulgara non parlava italiano e il mediatore non era disponibile, quindi il marito ha cercato di tradurre per lei. Il medico, maschio, ha parlato con l'uomo e a volte non ha spiegato bene cosa stava facendo per il trattamento.

Nei casi presentati di buone e cattive pratiche abbiamo riportato il sesso dei medici solo per motivi

di precisione. Il fatto che i cattivi esempi che abbiamo riportato qui siano prestati dal personale medico di genere maschile è puramente causale. Nel nostro ospedale il sesso dei medici non è correlato con il loro atteggiamento nei confronti dei pazienti.

Ci sono stati solo pochi esempi di contatto fisico, oltre alla visita, tra medico e paziente. Quando il contatto fisico è avvenuto, era molto necessario ed è stato ben accolto.

Infine, abbiamo prestato molta attenzione alla diagnosi di MGF.

Nel campione di visite a cui abbiamo assistito, solo una donna della Nigeria è stata tagliata e il tipo di mutilazione, di I grado, è stato diagnosticato dall'operatore sanitario. Tuttavia, si può dire che la mutilazione è stata rilevata dopo che la paziente l'ha menzionata. La donna ha ritenuto opportuno menzionarla al medico solo dopo aver risposto al questionario somministrato per questo progetto.

Un caso clinico molto particolare è stato osservato dalla nostra ostetrica in ostetricia: una paziente nigeriana e il marito hanno rifiutato un taglio cesareo fortemente consigliato dai medici come realmente necessario per evitare conseguenze negative per il nascituro. Nella discussione sulla decisione da prendere sono stati coinvolti più operatori e il mediatore, ma si è ottenuto comunque un rifiuto di intervento. Come conseguenza, si è avuta una sofferenza fetale con necessità di ricovero in terapia intensiva. Le credenze religiose della donna sono state una barriera insuperabile.

6.3. Sintesi dei risultati dell'osservazione

In sintesi, da questo primo studio esplorativo possiamo evidenziare alcuni problemi :

- La lingua è la barriera più importante nella comunicazione tra medici e pazienti e i mediatori non sono sempre disponibili.
- Anche quando i mediatori sono disponibili non sempre sono utili o accettati dalla donna.
- Il numero di pazienti immigrate che accede alla nostra struttura è in aumento, e questo fenomeno si è accelerato negli ultimi anni. A volte, la comunicazione di informazioni mediche complesse, soprattutto nel campo dell'ostetricia, non è facile per il medico. Nel caso delle donne immigrate è ancora più difficile.
- Le mutilazioni genitali femminili sono spesso sottodiagnosticate, in quanto non rappresentano un problema comune né nel nostro paese, né in Europa. Le mutilazioni di primo grado non sempre sono facilmente rilevabili: la necessità di protezione delle neonate impone formazione continua sul tema.

D'altra parte, da queste osservazioni sono emersi diversi esempi di buone pratiche che hanno portato ad alcune nuove idee:

- La maggior parte dei medici offre un buon livello di accettazione e comunicazione. Ad esempio, si concentrano sulla paziente, cercando in ogni modo di fornirle informazioni comprensibili e di rassicurarla.
- Quando i parenti sono presenti, lo staff medico è spesso in grado di dare loro il posto giusto nella dinamica, partecipando ma rimanendo comunque in secondo piano.
- Alcuni medici hanno offerto un contatto fisico, al di fuori della visita, quando era veramente necessario, con sollievo visibile della paziente.
- Nessun caso di discriminazione o pregiudizio è stato notato in queste visite.

Nel complesso, ecco alcune nuove idee di "buone pratiche":

- I mediatori dovrebbero essere specificamente formati per aiutare questo tipo di pazienti e dovrebbero essere disponibili ogni volta che una donna ha bisogno h 24 mentre attualmente sono disponibili solo dalle 8 alle 20.
- Una lettera di dimissioni con alcune informazioni importanti di base dovrebbe essere scritta nella lingua del paziente e dovrebbe comprendere anche informazioni sui Consultori Fami-

- gliari e sui corsi di apprendimento dell'italiano.
- Le cartelle cliniche ostetriche dovrebbero richiamare l'attenzione sul problema MGF. Si dovrebbe attuare una segnalazione informatica rivolta ai neonatologi e ai pediatri di famiglia per rinforzare il sistema di protezione delle neonate
- Fornire informazioni sulla pianificazione familiare mediante opuscoli dedicati nelle sale d'aspetto dell'ospedale e al momento della dimissione per parto o IVG
- Mettere a disposizione nelle sale d'aspetto dell'ospedale materiale divulgativo con numeri utili da fornire alle donne (consultori, centri antiviolenza, anti-tratta, corsi di italiano, corsi di sostegno all'allattamento).

Riferimenti bibliografici

- Abdulcadir J., R. M. (2015). Research gaps in the care of women with female genital mutilation: an analysis.
- Åkerman E., Essén B., Westerling R., Larsson E. (2017). Healthcare-seeking behaviour in relation to sexual and reproductive health among Thai-born women in Sweden: a qualitative study, *Culture, Health & Sexuality*, 19:2, pp. 194-207.
- Berg R.C., D. E. (2010). Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting: a systematic review.
- Berg R.C., O.-J. J. (2014). An updated systematic review and meta-analysis of the obstetric consequences of female genital mutilation/cutting.
- Berg R.C., U. V. (2014). Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis.
- Binder P., Yan Borné , Sara Johnsdotter & Birgitta Essén (2012) Shared Language Is Essential: Communication in a Multiethnic Obstetric Care Setting, *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 17:10, 1171-1186.
- Bulman, K. H., & McCourt, C. (2002). Somali refugee women's experiences of maternity care in west London: a case study. *Critical Public Health*, 12(4), 365-380.
- Cantwell, R., Clutton-brock, T., Cooper, G., Dawson, A., Drife, J., Garrod, D., ... & Millward-sadler, H. (2011). Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. *Bjog: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 118, 1-203.
- da Costa Leite Borges D, Guidi C F. (2018). Rights of access to healthcare for undocumented migrants: understanding the Italian and British national health systems. *International Journal of Human Rights*; 11(4), pp. 232-243.
- Dawson A., H. C. (2015). A systematic review of doctors' experiences and needs to support the care of women with female genital mutilation.
- Dawson A., T. S. (2015). Evidence to inform education, training and supportive work environments for midwives involved in the care of women with female genital mutilation: A review of global experience.
- Degni, F., Suominen, S., Essén, B., El Ansari, W., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2012). Communication and cultural issues in providing reproductive health care to immigrant women: health care providers' experiences in meeting Somali women living in Finland. *Journal of immigrant and minority health*, 14(2), 330-343.
- Essen B., Binder P., Johnsdotter S. (2011). An anthropological analysis of the perspectives of Somali women in the West and their obstetric care providers on caesarean birth, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(1), pp. 10-18.
- Flores G. (2004). The Impact of Medical Interpreter Services on the Quality of Health Care: A Systematic Review, *Medical Care Research and Review*, 62(3), pp. 255-299.
- Hawkey, A. J., Ussher, J. M., Perz, J., & Metusela, C. (2017). Experiences and constructions of menarche and menstruation among migrant and refugee women. *Qualitative health research*, 27(10), 1473-1490.
- Iavazzo C., S. T. (2013). Female genital mutilation and infections: a systematic review of the clinical evidence.
- ISTAT (2017). Rapporto annuale 2017. La situazione del paese.

- Keygnaert I., Ivanova O., Guieu A., Van Parys A. S., Leye E., Roelens K. (2016). What is the evidence on the reduction of inequalities in accessibility and quality of maternal health care delivery for migrants? A review of the existing evidence in the WHO European region, (Vol. 45). World Health Organization-Regional Office for Europe.
- Lombardi L. (2004). Donne immigrate e salute riproduttiva tra modelli culturali e condizioni sociali, Working Papers del Dipartimento di Studi Sociali e Politici, Università di Milano.
- M. Heaman, H. B. (2012). Migrant Women's Utilization of Prenatal Care: a systematic review.
- Mann, S. K., Roberts, L. R., & Montgomery, S. (2017). Conflicting Cultural Values, Gender Role Attitudes, and Acculturation: Exploring the Context of Reproductive and Mental Health of Asian-Indian Immigrant Women in the US. *Issues in mental health nursing*, 38(4), 301-309.
- Mengesha, Z. B., Perz, J., Dune, T., & Ussher, J. (2018). Preparedness of health care professionals for delivering sexual and reproductive health care to refugee and migrant women: a mixed methods study. *International journal of environmental research and public health*, 15(1), 174.
- Metusela C., Ussher J., Perz J., Hawkey A., Morrow M., Narchal R., Estoesta J., Monteiro M. (2017). "In My Culture, We Don't Know Anything About That": Sexual and Reproductive Health of Migrant and Refugee Women, *International Journal of Behavioural Medicine*, 24(6), pp. 836-845.
- Mladovsky P., Ingleby D., McKee M., Rechel B. (2012). Good practices in migrant health: the European experience. *Clinical Medicine*, 3, pp. 248-252.
- National Health and Medical Research Council (2004). Communicating with patients. Advice for medical practitioners, Commonwealth of Australia.
- Pavlish, C. L., Noor, S., & Brandt, J. (2010). Somali immigrant women and the American health care system: discordant beliefs, divergent expectations, and silent worries. *Social Science & Medicine*, 71(2), 353-361.
- Pottie K., Greenaway C., Feightner J., Welch, V., Swinkels H., Rashid M., et al. (2011). Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), E824-E925.
- RCOG, R. C. (2015). Female Genital Mutilation and its management (Green Top Guideline No.53).
- Seo, J. Y., Bae, S. H., & Dickerson, S. S. (2016). Korean immigrant women's health care utilization in the United States: A systematic review of literature. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 28(2), 107-133.
- UNFPA (2010). Global strategy to stop health care providers from performing female genital mutilation.
- UNFPA (2018). State of world population 2018. The power of choice. Reproductive rights and the demographic transition.
- UNICEF. (2016). Female genital mutilation/cutting: a global concern.
- Ussher J M, Perz J, Metusela C, Hawkey A J, Morrow M, Narchal R, Estoesta J (2017). Negotiating dis-courses of shame, secrecy, and silence: migrant and refugee women's experiences of sexual em-bodiment. *Arch Sex Behav*; 46, pp. 1901-1921.
- Vloeberghs E., K. A. (2012). Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands.
- WHO. (2006). Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries.
- WHO. (2010). Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation.
- WHO. (2016). What is the evidence on the reduction of inequalities in accessibility and quality of maternal health care delivery for migrants? A review of the existing evidence in the WHO European region.
- WHO (2018). Health of Refugee and Migrants. WHO European Region.
- WHO. (2019). Report on the health of refugees and migrants in the WHO European region. No public health without refugee and migrant health.
- Yelland, J., Riggs, E., Szwarc, J., Casey, S., Duell-Piening, P., Chesters, D., ... e Brown, S. (2015). Compromised communication: a qualitative study exploring Afghan families and health professionals' experience of interpreting support in Australian maternity care. *BMJ Qual Saf*, bmjqs-2014.