

di Valeria Dubini U.O. Ginecologia e Ostetricia (Direttore dott. L. Berti), Nsgd- Asf 10 Firenze

# Le donne immigrate e la gravidanza

**N**ell'ultimo decennio la presenza di immigrati nel nostro Paese è aumentata in maniera esponenziale: nel 2003 l'Istat stimava la presenza di 2.193.000 stranieri (con permesso di soggiorno) nel nostro Paese, con un'incidenza sulla popolazione residente del 4.5%; nella regione Toscana questo dato è ancora superiore (4.9%), con un incremento del 57% rispetto all'anno precedente. È prevedibile che questi numeri continueranno ad aumentare nei prossimi anni anche se forse possiamo immaginare una stabilizzazione dei flussi.

Contrariamente a quanto in un primo momento alcuni avevano pensato, è ormai abbastanza chiaro che i problemi sanitari che riguardano gli immigrati non si iscrivono in prevalenza nell'ambito delle patologie infettive, ma si riferiscono nella grande maggioranza dei casi a questioni che hanno a che fare con la fisiologia.

Tra le prime 10 cause di ricovero, le problematiche legate all'ambito materno-infantile sono in netta prevalenza e costituiscono, nel complesso, oltre il 25% di tutte le degenze. Questo dato concorda con la ben nota teoria del "migrante sano", secondo cui la minore presenza di patologie in questa popolazione rispetto alla nostra è spiegata dal fatto che sono i giovani sani coloro che affrontano il difficile percorso dell'immigrazione. Va inoltre considerato il notevole aumento dei ricongiungimenti familiari avvenuti negli ultimi anni, che ha comportato la realizzazione di progetti familiari e riproduttivi da parte di nuclei maggiormente stabilizzati.

Le donne, che oggi sfiorano il 50% delle presenze, sono più che raddoppiate rispetto al 1990; la fascia di età maggiormente rappresentata è proprio quella tra i 15 e i 44 anni (66%), un periodo che coincide con l'epoca riproduttiva.

In questo scenario, i servizi di ostetricia e ginecologia sono diventati un passaggio obbligato. I nostri reparti, dapprima quasi colti di sorpresa, si sono gradualmente dovuti attrezzare per trovare risposte a problematiche



**Il tema dell'immigrazione** ha suscitato un acceso dibattito nel nostro Paese ed è stato affrontato da molti punti di vista, ma è solo di recente che anche il mondo medico ha cominciato a dedicarvi maggiore attenzione. Stiamo, infatti, prendendo atto di come negli ultimi anni la nostra realtà si stia modificando, delle nuove problematiche che emergono e di come, in assoluta mancanza di una preparazione specifica, sia necessario acquisire delle conoscenze, valorizzando e interpretando le esperienze già in atto

nuove e per decodificare bisogni fin ora sconosciuti e non sempre comprensibili. L'esperienza di operatori delle Regioni a maggiore spinta migratoria, che negli ultimi anni si sono trovati ad assistere donne immigrate al momento del parto, può costituire un utile fonte di informazioni per chi deve formarsi e adeguarsi alle nuove richieste. Occorre però capacità di mettersi in gioco e la consapevolezza che il saper accogliere ed ascoltare gli altri si traduce anche in un'occasione di arricchimento dei nostri servizi.

## Gravidanza e parto

Indubbiamente partorire lontano dal proprio paese di origine, dalla famiglia, in una situazione spesso precaria da un punto di vista abitativo e lavorativo, carenze di supporti psicologici e affettivi, dove clima e alimentazione sono diversi e sono molte le cose che non capisci e non conosci, costituisce una condizione di svantaggio. Per questo l'ambito materno-infantile viene segnalato come terreno di sofferenza sanitaria per gli immigrati.

I dati Istat (riferiti però al 1995) mostrano, infatti, una mortalità

neonatale nella popolazione immigrata dello 0.66% contro lo 0.41% degli italiani. E uno studio nazionale coordinato dalla Società di Perineonatalogia, che coinvolge 28 punti nascita in 24 diverse città italiane e analizza i dati relativi a nati da almeno un genitore straniero (tenendo conto di alcuni indici di "sofferenza", quali mortalità neonatale e grave prematurità), evidenzia una situazione "a rischio" per i bambini stranieri. Anche in letteratura, pur in presenza di dati contrastanti, il partorire in un paese straniero viene generalmente segnalato come condizione di svantaggio.

Per quanto riguarda la Regione Toscana, un'analisi dei dati de-

rivati dai CAP 2001-2004, rileva che le donne immigrate: accedono più tardivamente alla prima visita, anche se comunque entro il primo trimestre; effettuano un numero minore di visite e di ecografie e sono seguite più frequentemente in strutture pubbliche, in particolare consultori (60%); eseguono gli esami del protocollo regionale nell'82% dei casi.

Le gravidanze delle donne straniere sembrano dunque essere meno medicalizzate, anche se con un'incidenza sostanzialmente sovrapponibile di patologia materna grave e un outcome neonatale simile per quanto riguarda l'Apgar alla nascita e il rischio di neonati sottopeso.

In contrasto con dati precedenti, invece, l'analisi di regressione logistica multivariata stratificata per cittadinanza mostra un aumentato rischio per le donne immigrate di andare incontro a un parto pretermine (OR 1.3) e un rischio doppio di natimortalità (OR 2.2).

Un altro aspetto interessante riguarda le modalità del parto e l'incidenza di Tc: i dati di letteratura, proveniente in particolare dal Nordamerica, su questo argomento sono in realtà molto discordanti.

Nella regione Toscana la percentuale di Tc presenta un incremento più ridotto rispetto ad altre zone d'Italia (22.3% nel 1998, 27.5% nel 2004), ma con un'incidenza costantemente minore nel gruppo

delle donne provenienti da Paesi in via di Sviluppo: in effetti la nostra analisi di regressione multivariata mostra, in questo caso, un vantaggio per le donne straniere con un rischio ridotto di avere un Tc (OR 0.79). Analizzando più dettagliatamente i dati è interessante notare come nei vari gruppi etnici l'incidenza di Tc sia del tutto variabile: si va da popolazioni sovrapponibili alla media italiana (albanesi, marocchine), ad altre che se ne discostano in maniera considerevole, per eccesso o per difetto.

Una particolarità della Toscana è quella di accogliere la comunità cinese più numerosa di Italia: e proprio nelle donne cinesi si osserva una percentuale di Tc particolarmente bassa, costantemente inferiore al 10%, che poco si modifica nel tempo (7.6% nel 1998, 8.3% nel 2004). Sul versante opposto troviamo etnie nelle quali la percentuale di Tc

è costantemente superiore alla media regionale, come quella cubana (36.3%), somala (34.7%), nigeriana (42.5%), e srilankese (45.7%).

Non è facile interpretare questi dati: possiamo dire però che tra le straniere

e le italiane non ci sono differenze significative riguardo la parità (primipare: 71% vs 70%), mentre esiste una differenza significativa per quanto riguarda l'età (età media 32 vs 27). In particolare si osserva che nelle donne straniere il parto avviene al di sotto dei 30 anni nel 73% dei casi, nelle donne italiane solo nel 34.9%. Se andiamo ad analizzare la popolazione cinese vediamo che è ancora maggiore la percentuale di donne che partorisce prima dei 30 anni (80.1%). È evidente che l'età rappresenta un fattore fortemente condizionante: infatti, se analizziamo la percentuale di Tc per fasce di età, vediamo che le percentuali sono sostanzialmente sovrapponibili tra i due gruppi, e crescono comunque man mano che cresce l'età; il che fa concludere che la differenza di incidenza complessiva è in realtà data dalla diversa composizione della popolazione. Un aspetto ricavabile dai nostri dati è che mentre per le italiane prevalgono i Tc d'elezione rispetto ai Tc in travaglio (59.5% vs 40.5%), nelle donne immigrate il rapporto si inverte (34% vs 66%).

## Gli operatori e i servizi

Il ruolo che i consultori attivi nella nostra Regione hanno svolto e continuano a svolgere in questi anni è particolarmente importante. È proprio grazie a questa rete territoriale che sono andate progressivamente diminuendo le gravidanze senza alcun tipo di accertamento (attualmente il 2-3% contro il 10% di un decennio fa), con un'importante ricaduta positiva anche sulle nostre strutture ospedaliere che non lavorano più in emergenza.

Determinante poi la presenza di mediatori culturali sia a livello territoriale sia, più recentemente, a livello ospedaliero. Il ruolo di questa figura professionale, infatti, non è quella di semplice traduttore: il suo compito, anche e soprattutto, è quello di facilitare la comunicazione, di trasmettere e spiegare le motivazioni e le problematiche delle parti in gioco. Anche noi, probabilmente, abbiamo imparato ad accogliere e a comprendere meglio queste donne; certamente è necessario proseguire su questa strada e per questo è essenziale promuovere una maggior informazione nei nostri ospedali, nelle università e nelle nostre scuole. Inoltre, considerando che l'immigrazione è un fenomeno in continua evoluzione, un Osservatorio epidemiologico in grado di cogliere in tempo reale i cambiamenti, rappresenta uno strumento di fondamentale importanza per affrontare le nuove esigenze.

C'è ancora molto da fare per rendere più "leggibili" le nostre strutture, più comprensibili le nostre regole, più flessibili le abitudini dei nostri reparti. Non c'è dubbio, comunque, che vedere le cose dal punto di vista del più debole aiuta a individuare i punti critici e diventa elemento di crescita per tutta l'organizzazione sanitaria. **Y**

**L'incontro con culture diverse dalla nostra ci ha insegnato a "uscire dalle regole", a essere più flessibili, a inventare soluzioni, anche a lavorare con maggiore creatività**