

Gravidanze in cittadini extracomunitari: esperienza di un punto-nascita in provincia di Caserta

**Pier Luigi Salzillo, Angelantonio D'Angiolella,
N. Russo Raucci*, Roberto Liguori***

U.O. di Ostetricia e Ginecologia P.O. Marcianise - ASL CE/1

*** U.O. di Pediatria e Nido P.O. Marcianise - ASL CE/1**

Riassunto

Lo scopo di questo studio è quello di valutare la discrepanza tra le gravidanze dei cittadini extracomunitari e quelle della popolazione residente, così come osservato in 2 anni di attività dell'unità ostetrico-neonatale del presidio ospedaliero di Marcianise (Ce). Differenze relative ad età media delle partorienti, parità, peso alla nascita, complicanze gravidiche ed a carico del neonato con aumento considerevole di morti perinatali, sembrano infatti essere direttamente collegate alle problematiche psico-sociali e finanziarie proprie della condizione di emigrazione. Gli AA riportano la loro esperienza.

Introduzione

Non è sufficientemente conosciuto il ruolo dell'emigrazione, se non per particolari situazioni di rifugiati per cause belliche e/o politiche, sull'evoluzione, lo sviluppo e la prognosi della gravidanza e del suo prodotto.

Si ritiene tradizionalmente che le avversità psico-sociali ed i problemi finanziari, propri di queste condizioni, incidano considerevolmente in senso negativo.

Un lavoro del 2000, condotto su donne transfughe dal Burundi e rifugiate in Tanzania¹, ha osservato come, in generale, le gravidanze condotte durante queste condizioni presentino una maggiore incidenza di complicazioni e che non indifferente è il tributo, in termini di mortalità e disabilità sia per le madri che per il prodotto del concepimento, da pagare per il disagio dovuto a tale stato sociale.

Popolazione e metodo

Nel corso degli anni 2002-2003, nel nostro Ospedale - Presidio Ospedaliero

(P.O.) di Marcianise (A.S.L. Caserta 1) - sono state assistite 110 donne in stato di gravidanza appartenenti a differenti etnie immigratorie (slave, albanesi, arabe medio-orientali) che hanno partorito 112 neonati (con 2 gravidanze gemellari).

Le pazienti sono state sempre ricevute come urgenze di Pronto Soccorso in imminenza di parto.

Nei confronti delle gestanti residenti (1505 parti per 1515 neonati), regolarmente seguite privatamente o in regime ambulatoriale-consultoriale convenzionato, sono state rilevate considerevoli differenze.

A partire dalla fine del 2003, grazie all'opera di sensibilizzazione effettuata dalle istituzioni sociali e sanitarie locali, si è riusciti a divulgare i principali concetti di prevenzione e di cure prenatali anche in alcuni strati di queste popolazioni, almeno per quelle temporaneamente residenti (ROM) nel nostro territorio di competenza. L'intervento è consistito nell'approccio capillare, su ogni paziente extracomunitario visitato per qualunque motivo presso la nostra struttura ospedaliera e presso ogni ambulatorio del distretto, mirato alla diffusione dei concetti di sanità e di prevenzione. In particolare, sugli individui più giovani, si è effettuata un'opera di inserimento nelle attività di screening per ad es. le principali malattie infettive diffusibili con impegno, da parte di questi, a coinvolgere quanti più soggetti possibili appartenenti ai propri nuclei familiari.

Risultati

Tabella n.° 1: Differenze rilevate tra le gravidanze dei cittadini extracomunitari e quelle della popolazione residente, così come osservato in 2 anni di attività dell'U.O. ostetrico-neonatale dell'Ospedale di Marcianise.

	Residenti (n=1515)	Extracomunitari (n=112)	p
Età materna (media)	26.2	22.1	< 0.05
Parità (n)	1.8	2.4	< 0.05
Età gestazionale (settimane)	39	38	N.S.
Peso alla nascita (kg)	2,950	2,630	< 0.5
Complicanze gravidiche (%)	11.0	14.0	< 0.5
Complicanze perinatali (%)	4.0	8.0	< 0.05
Ricovero in TIN (%)	0.8	2.0	< 0.5
Morti perinatali (%)	0.2	2.0	< 0.05

Da questi dati appaiono particolarmente significative le differenze relative a: età media delle partorienti, parità, complicanze gravi a carico del neonato con percentuale considerevole di morti perinatali.

Non di minore importanza possono venire considerate le differenze relative anche al basso peso alla nascita dei nuovi nati e le complicanze ostetriche.

Con le nuove modalità d'approccio sociale esteso, negli ultimi sei mesi, è stato possibile veder affluire presso i nostri ambulatori ostetrici 26 gravide non ancora a termine, per le quali è stato possibile iniziare il comune iter diagnostico-terapeutico per la gestione controllata dello stato gravidico.

La raccolta di una completa ed approfondita anamnesi familiare e personale, un attento esame obiettivo e controlli seriatati durante tutta la gravidanza sono dei presupposti fondamentali di un corretto iter diagnostico-terapeutico. Conoscere la familiarità per diabete mellito, ipertensione e gemellarità, valutare la presenza di malattie sessualmente trasmesse, l'eventuale suscettibilità alla rosolia ed alla toxoplasmosi, e la presenza di uno stato di malnutrizione o obesità, nonché di abitudini voluttuose quali alcool e fumo, ci ha permesso di avere un normale approccio nella gestione anche di queste pazienti.

Le 26 gestanti, infatti, che hanno partorito tra Gennaio e Maggio 2004, hanno dato alla luce 26 neonati in assolute buone condizioni di salute, con peso medio alla nascita di kg 2,850, e che non hanno sofferto di alcun tipo di complicanza perinatale.

Discussione e conclusioni

Già nel 1989 era stato sottolineato come la situazione di immigrato anche in Paesi ad elevato standard socio-sanitario, nel caso specifico gli USA², dimostrasse nei confronti della popolazione residente un notevole divario per modalità di conduzione della gravidanza (maggior numero di anemie materne, di infezioni connatali, inadeguato utilizzo dei presidi di cure prenatali, etc.) come anche di parto difficoltoso nonché di danni fetali.

Ciò è stato ribadito nel 2001 con rilevazione, inoltre, di un'alta incidenza anche di morti perinatali - 14.8% contro il 5.6% dei residenti³.

Le motivazioni di questo comportamento anomalo di gestione e di esiti gravidici, pur se potrebbero sembrare ovvi, sono invece di difficile identificazione.

Nel 1994 su un considerevole numero di rifugiate in Grecia non risultò possibile correlare significativamente il parto pretermine e il basso peso alla nascita quali conseguenze dello stato di rifugiato⁴.

Relativamente alle nostre osservazioni, ci sembra possibile dire che, per quanto riguarda la minore età delle partorienti extracomunitarie, nonché il maggior nume-

ro di figli e di gravidanze sostenute, i dati sono allineati a quelli relativi alle etnie di origine, essendo opinione comune che, soprattutto per le popolazioni di origine araba, vi è per tradizione la condizione di sposa in età adolescenziale e la conseguente minore età nelle gravidanze. Lo stesso dato non viene riportato per le popolazioni di origine slava che si attestano, al riguardo, su valori solo lievemente al di sopra della media delle donne di etnia mediterranea e del meridione d'Italia.

Particolarmente grave risulta, invece, l'evidenza delle varie complicanze ostetrico-neonatali per le quali i nostri servizi sanitari devono venire considerati direttamente interessati.

E' su questo aspetto che ci è sembrato possibile intervenire con opportuni mirati interventi di politica sanitaria e di maggiore impegno professionale.

Il piccolo numero di pazienti esaminate non ci permette di trarre delle conclusioni definitive al riguardo. Crediamo di aver comunque contribuito all'approfondimento delle problematiche relative a queste fasce di popolazione che vanno sempre più estendendosi nella nostra realtà come, in generale, un po' in tutti i Paesi occidentali.

L'adeguata assistenza socio-sanitaria, i controlli periodici della care prenatale, ci sono sembrati dei fattori determinanti nell'evoluzione di queste gravidanze seguite e condotte a buon esito.

Nel corso dell'anno ci proponiamo di estendere il servizio presentandolo come progetto istituzionale in collaborazione con il Distretto sanitario e l'ASL CE/1.

Il nostro impegno è quello di proseguire sulla strada appena iniziata per consentire, per quanto ci è possibile, di limitare le sofferenze di una cattiva assistenza socio-sanitaria a cittadini già sfortunati per altre motivazioni.

Bibliografia

1. Jamieson DJ, Meikle SF, Hillis SD, et al. : An evaluation of poor pregnancy outcomes among Burundian refugees in Tanzania. *JAMA*, 2000 Jan 19; 283 (3): 397-402.
2. Gann P, Nghiem L, Warner S. : Pregnancy characteristics and outcomes of Cambodian refugees. *Am J Public Health*, 1989 Sep; 79 (9): 1251-7.
3. Lalchandani S, Mac Quillan K, Sheil O. : Obstetric profiles and pregnancy outcomes of immigrant women with refugees status. *Ir Med J*, 2001 Mar; 94 (3): 79-80.
4. Herrel N, Olevitch L, DuBois DK, Terry P, Thorp D, Kind E, Said A. : Somali refugee women speak out about their needs for care during pregnancy and delivery. *J Midwifery Womens Health*. 2004 Jul-Aug;49(4):345-9.
5. Lipson JG, Weinstein HM, Gladstone EA, Sarnoff RH. : Bosnian and Soviet refugees' experiences with health care. *West J Nurs Res*. 2003 Nov;25(7):854-71.