

# Gravidanza e parto nelle donne immigrate: l'esperienza in Toscana e Lombardia

Mauro Buscaglia; Piero Curiel<sup>o</sup>; Valeria Dubini<sup>o</sup>;

Graziella Sacchetti<sup>oo</sup>; Fiammetta Santini\*

- 
- \* U.O. Ostetricia e Ginecologia, Azienda Ospedaliera Ospedale San Carlo Borromeo - Milano
  - <sup>o</sup> U.O. Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Misericordia e Dolce ASL 4 - Prato
  - <sup>oo</sup> Clinica Ostetrico Ginecologica, Azienda Ospedaliera Ospedale San Paolo - Milano

## Presenza femminile e immigrazione

Secondo i dati del Ministero dell'Interno, le donne immigrate in Italia al 31/12/91 erano 361.000.

Dieci anni dopo sono diventate 636.000. A livello nazionale, nell'arco di 10 anni, la presenza femminile tra gli immigrati ha registrato un incremento percentuale di quasi 4 punti, passando dal 42,% del 1991 al 46 % del 2001.

Nel Centro, la Toscana l'Umbria si attestano rispettivamente al 48% e al 50 %.

Esistono differenze enormi, a seconda del paese di provenienza, riguardo alla presenza femminile: in alcune comunità straniere infatti raggiunge valori del 74% e più, mentre in altre si attesta su valori estremamente bassi (7% per il Senegal ad esempio).

I Paesi che ormai da diversi anni si caratterizzano per un'immigrazione con prevalenza femminile in Italia sono l'Ucraina, la Russia, la Repubblica Ceca, la Moldavia.

Si tratta soprattutto di donne sole con un progetto migratorio a breve o medio termine, finalizzato all'inserimento come collaboratrici domestiche.

Le donne provenienti dall'Asia, che soggiornano regolarmente nel nostro paese, sono il 43,3% del totale continentale con oscillazioni molto ampie a seconda della provenienza nazionale.

Nel gruppo cinese la presenza femminile è del 45,6%, in quello filippino quasi dell'80%. Tra le aree del continente africano, l'unica che presenta una percentuale

femminile superiore al 60% è l'Africa Orientale; in tutti gli altri casi, invece, le percentuali non superano il 40%, con un minimo per il Nord Africa dove si arriva appena al 29%: nella maggioranza dei casi, le donne che giungono da questi Paesi inoltrano di richieste di ingresso per "ricongiungimento familiare".

L'America del Centro-Sud è il continente maggiormente caratterizzato dalla presenza femminile (Ecuador, Perù) con una percentuale media del 69,8%, e un picco dell'83,5 % delle Cubane.

### **Minori Stranieri**

Nel 1993, primo anno per il quale sono disponibili i dati ufficiali a livello nazionale, i nati stranieri erano pari al 1,1% del totale (nel Nord appena al 1,2%).

Le nascite tra le coppie di cittadini immigrati hanno conosciuto un ritmo di crescita accelerato dal 1997 in poi passando da 13.569 nel 1997 a 45.000 nel 2002.

Tra gli stranieri in Italia, il tasso di natalità ha raggiunto punte superiori al 2% (2 nascite ogni 100 residenti) nelle regioni del Nord, e comunque il tasso di natalità, preso complessivamente, risulta circa il doppio nella popolazione immigrata rispetto al dato medio della popolazione italiana.

Il valore più alto si registra nel Nord Est, quello più basso nel Meridione.

Ogni 20 nati in Italia, uno è un bambino straniero (5% del totale); l'incidenza sale al 7,3% al Nord (1 ogni 14 nati), con punte del 25% (1 ogni 4 nati) negli ospedali delle maggiori città industriali (Milano, Brescia, Treviso, Roma). L'incidenza è del 6,4% al Centro (1 ogni 16 nati), mentre è molto più contenuta nel Sud e nelle Isole (1,5%).

### **La gravidanza**

La gravidanza è un periodo di grande vulnerabilità nella vita di ogni donna; è un momento sicuramente intenso, che obbliga ad un ripensamento sul proprio passato e sul proprio futuro. Mettere al mondo un bambino, affrontare la maternità, sono eventi che fanno rivivere i legami con la generazione precedente e riaprono in modo acuto la problematica della filiazione e dell'identità. Inoltre per una donna durante la gravidanza diventa più che mai necessaria la vicinanza della propria famiglia e l'aiuto pratico che deriva dall'esperienza della madre, per superare piccoli problemi e ansie.

Il vissuto della migrazione è in qualche modo simile. Ogni persona migrante vive un momento di forte crisi interiore che nasce dalla perdita improvvisa del proprio involucro culturale, dei familiari e degli amici, ma nella maggior parte dei casi, il desiderio di migliorare le condizioni economiche e sociali di vita fornisce la forza

adeguata ad affrontare tale passo. Comunque ogni immigrato vive una fase di inadeguatezza e di estraneità rispetto alla cultura del paese ospite e ha bisogno di tempo per imparare a valorizzare gli aspetti positivi del nuovo paese.

Affrontare il periodo della gravidanza insieme all'esperienza della migrazione può creare evidentemente una situazione di grande insicurezza e ansia.

Nella maggior parte delle società tradizionali la gravidanza non è considerata una malattia, ma una situazione totalmente fisiologica tanto da non prevedere controlli medici, mentre la nostra cultura predilige un'attenta osservazione di tutte le gravidanze per individuare quelle a rischio. L'incontro tra queste due concezioni può portare a vivere la gravidanza in modo meno sereno da parte delle donne immigrate e creare difficoltà nel far loro accettare la nostra modalità di cura in gravidanza (una visita al mese, controlli ematochimici, una ecografia per ogni trimestre).

Secondo le donne arabe effettuare visite ed ecografie precoci può essere nocivo per il feto e infatti raramente si presentano dal ginecologo prima della fine del primo trimestre. Per le pragmatiche donne cinesi è inutile effettuare esami ematochimici periodicamente, tanto più che per loro eseguire prelievi ematici significa alterare l'equilibrio energetico. Al contrario le donne sudamericane e filippine sembrano avere maggior confidenza con la gestione occidentale; sono assidue nell'eseguire gli esami prescritti e nel presentarsi alle visite fissate.

Un altro punto critico è rappresentato dalla diagnosi prenatale. È intuibile come durante la consulenza per diagnosi prenatale emergano le differenze soprattutto fra il mondo occidentale e gli altri universi culturali e religiosi. Mentre nella cultura occidentale la malattia e la diversità sono difficilmente accettabili, quindi la nascita di un bambino malformato o handicappato viene generalmente rifiutata, nelle società tradizionali pare esserci una maggiore capacità di accettare, accogliere e spiegare in modo simbolico la malattia e la diversità.

Dall'analisi di lavori epidemiologici sull'incidenza di patologie della gravidanza nelle pazienti straniere emergono alcune differenze rispetto alla popolazione italiana. Nelle pazienti immigrate è stata documentata una maggiore frequenza di iperemesi e abortività spontanea del primo trimestre e di minacce di parto prematuro del terzo trimestre.

Dalle considerazioni precedenti risulta chiaro quanto sia importante facilitare l'accesso alle strutture sanitarie soprattutto alle donne di recente immigrazione, in modo tale che possano essere assistite nel modo più adeguato ai loro bisogni; d'altro canto gli operatori devono essere preparati all'incontro con culture diverse e ad un approccio multidisciplinare che superi una visione "superspecialistica" e che riporti la centralità del singolo paziente nel rapporto terapeutico.

### **Il parto nelle donne immigrate**

Nel 2000 in Italia sono nati 543.039 bambini di cui 25.916 stranieri (4.7%): in Toscana e Lombardia, regioni per le quali sono disponibili dati ricavati dalle SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera), i ricoveri per parto rappresentano il 10% del totale dei ricoveri negli immigrati, contro il 2.5% dei ricoveri per lo stesso motivo negli Italiani.

Il parto rappresenta per tanto la maggiore causa di ricovero nei gruppi etnici a forte pressione migratoria.

È indubbio che partorire lontano dal paese di origine, dalla famiglia, in una situazione spesso precaria da un punto di vista abitativo e lavorativo, carente di supporti psicologici e affettivi, dove clima e alimentazione sono diversi, dove molte cose non si capiscono e molte non si conoscono, costituisce obiettivamente una condizione svantaggiata. In effetti l'ambito materno-infantile viene segnalato come terreno di sofferenza sanitaria per gli immigrati.

I dati ISTAT per il 1995, riferiscono una mortalità neonatale nella popolazione immigrata dello 0.66% contro lo 0.41% degli Italiani. Uno studio nazionale, coordinato dalla Società di Perineonatalogia, che coinvolgeva 28 punti nascita in 24 diverse città italiane, e ha analizzato i dati relativi a nati da almeno un genitore straniero, tenendo conto di alcuni indici di "sofferenza", quali mortalità neonatale e grave prematurità, riporta una situazione altrettanto "a rischio" per i bambini stranieri.

In letteratura, pur in presenza di dati contrastanti, il partorire in un paese straniero viene generalmente segnalato come condizione di svantaggio: nel 2001 un articolo pubblicato su *Am J of Preventive Medicine* (Delvaux et al.), dal titolo "Barriers to Prenatal Care in Europe" riferiva che le donne straniere avevano una difficoltà quasi quattro volte maggiore (OR 3.8) ad accedere ai servizi di assistenza in gravidanza e ricevere quindi cure adeguate in questo delicato periodo.

Di diverso segno sono invece le esperienze più recenti riportate da alcune regioni Italiane a forte pressione migratoria: Lombardia e Toscana riportano dati sostanzialmente omogenei, e rilevano che le donne immigrate sono in effetti meno medicalizzate in gravidanza, ma, per quanto riguarda l'outcome neonatale, non presentano differenze statisticamente significative rispetto alle nostre connazionali. In particolare mortalità e grave immaturità presentano un'incidenza del tutto sovrapponibile nei due gruppi, mentre, contrariamente a quanto potremmo aspettarci, esiste una differenza significativa ( $p < 0.01$ ) a sfavore dei neonati italiani, per quanto riguarda la prematurità con complicità e IUGR (Intra Uterine Growth Retard)

Attualmente non superano il 2% le donne che arrivano nei nostri reparti senza avere effettuato alcun accertamento. Quando l'immigrazione è recente dobbiamo

però essere preparati a donne che giungono nel nostro Paese attraverso viaggi estenuanti, e quindi spesso senza avere eseguito nessun controllo in gravidanza. Generalmente gli esami effettuati da queste donne, sono comunque molto pochi, e non sono del tutto infrequenti alcune patologie infettive (TBC, Lue) alle quali ci eravamo da tempo disabituated. Quasi sempre è però presente almeno un'ecografia eseguita spesso soprattutto per conoscere in anticipo il sesso del nascituro.

Un altro aspetto riguarda le modalità del parto e l'incidenza di TC (Tagli Cesarei): i dati in letteratura, provenienti in particolare dal Nordamerica, su questo argomento sono in realtà molto discordanti.

In mancanza di statistiche nazionali ci riferiamo ancora una volta a quanto disponibile: i dati della Toscana, regione tra quelle nelle quali l'incidenza di neonati figli di genitori immigrati supera di gran lunga la media nazionale (12.8%), ci mostrano una percentuale di TC sostanzialmente stabile negli ultimi anni (22.3 % nel 1998, 22.8% nel 2001), ma con una incidenza costantemente minore nel gruppo delle donne provenienti da Paesi in Via di Sviluppo (16% vs 22.8% nel 1998, 16.6% vs 23.5%).

Analizzando in maniera più dettagliata i dati, ci accorgiamo che i vari gruppi etnici presentano una incidenza di TC del tutto variabile: si va da popolazioni con dati del tutto sovrapponibili alla media italiana (albanesi, marocchine), ad altre che si discostano dalla media in maniera considerevole, per eccesso o per difetto. Una particolarità di questa regione è quella di accogliere la comunità cinese più numerosa di Italia: è proprio nelle donne cinesi che si osserva una percentuale di TC particolarmente bassa, costantemente inferiore al 10%, che poco si modifica nel tempo (7.6% nel 1998, 6.3% nel 1999, 8.4% nel 2000, 8.3% nel 2001). Questo dato è anche confermato dall'esperienza di Milano.

Sul versante opposto troviamo etnie nelle quali la percentuale di TC è costantemente superiore alla media regionale, quali Cubane (36.3% nel 2001), Somale (34.7%), Nigeriane (42.5%), e donne provenienti dallo Sri Lanka (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 31 vs 26). 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%. È evidente che l'età rappresenta un fattore fortemente condizionante: infatti, se valutiamo 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. Possiamo concludere dunque che la differenza di incidenza complessiva è

in realtà data dalla differente composizione della popolazione. Un altro aspetto ricavabile dai nostri dati è che mentre per le donne 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%).

Dunque, nonostante le difficoltà comunicative e linguistiche, e nonostante una maggior frequenza di disagio sociale in queste popolazioni, il parto non risulta, da questi dati, essere un terreno di "sofferenza" sanitaria.

Si deve probabilmente considerare che su questo può influire il fatto che la Regione Lombardia e la Regione Toscana presentano una rete territoriale capillare, dove già dal 1992 sono presenti "consultori famigliari" in cui è prevista l'accoglienza per le donne immigrate, con mediatori culturali delle etnie maggiormente rappresentate, e donne ginecologhe per venire incontro alle esigenze delle pazienti mussulmane. Più recente è invece l'introduzione di mediatrici culturali anche in ambito ospedaliero.

La funzione di questa figura professionale è determinante, perché il suo compito non si limita a quello di una semplice traduttrice, ma si occupa anche e specialmente di facilitare la comunicazione fra diversi codici culturali e di trasmettere e spiegare le motivazioni e le problematiche delle parti in gioco.

È indubbio che ogni parto è un evento unico, irripetibile, e per tanto diverso dagli altri, come una diversa dalle altre sono le donne che incontriamo: in quella terra di confine che è la nascita ogni donna ripercorre tappe della sua vita, della sua storia, della sua condizione attuale; dunque è evidente che la sua età, la sua condizione sociale, il desiderio o meno del bambino che sta per nascere, la sua relazione col partner, il suo grado di istruzione, le aspettative sue e dei suoi familiari rispetto a questo evento, saranno tutti elementi determinanti rispetto al parto.

Dobbiamo sapere che, se ogni nascita è diversa, ce ne sono alcune che sono ancora "più diverse": fattori etnici di diversità, non solo linguistici ma anche culturali, religiosi, antropomorfici, ci fanno talvolta sentire arresi non solo per la difficoltà a comunicare, ma soprattutto per il fatto che troppo poco conosciamo di realtà tanto diverse dalla nostra.

È comprensibile dunque come, assistere in maniera adeguata le donne immigrate, presupponga un difficile lavoro da parte degli operatori che devono cercare di comprendere, adattarsi, assecondare tante situazioni diverse, così lontane dalla quotidiana esperienza.

Il recupero "dell'arte ostetrica" intesa come comunicazione non verbale, la rivalutazione della semeiotica in mancanza di altri riferimenti, la curiosità e la voglia di chiedere, di raccogliere informazioni sulle differenze e le abitudini, devono costituir-

re la guida che consente di acquisire tutta una serie di conoscenze e le rende poi patrimonio comune.

### **Conclusioni**

Sebbene partorire in terra straniera, in carenza di supporti affettivi e psicologici, in precarie condizioni abitative e lavorative, con scarsa conoscenza della lingua e dei servizi, costituisca un obiettivo svantaggio, le donne immigrate del nostro campione non sembrano mostrare maggiori problemi riguardo alla gravidanza e al parto, rispetto alle nostre connazionali. Inaspettatamente potremmo anzi dire l'esatto contrario, sottolineando come essere straniera sembra nel complesso costituire un fattore protettivo nei confronti del rischio di avere un TC. La considerazione che possiamo fare a proposito, è che una gravidanza fisiologica non trae sostanziali vantaggi da una medicalizzazione intensiva.

L'età è l'elemento che maggiormente differenzia le due popolazioni: questo ci dimostra che la biologia, nonostante l'evoluzione dei costumi, ha i suoi tempi e che rispettarli significa migliore garanzia di risultato. Comunque, oltre all'età materna, i fattori che determinano il risultato del parto sono anche altri: la minore ansietà materna, la maggiore capacità di tollerare e assecondare il dolore, una cultura più fatalista può spiegare il minor ricorso al TC in certe etnie. Si deve sottolineare l'importanza del ruolo che i consultori hanno svolto in questi anni e continuano a svolgere. In effetti è proprio grazie a questa rete territoriale che, nel tempo, sono andate a diminuire le gravidanze nelle quali non è stato effettuato alcun tipo di accertamento (attualmente 2-3% contro il 10% di 10 anni fa), con un'importante ricaduta positiva anche sulle nostre strutture ospedaliere che non lavorano più in emergenza. Probabilmente anche noi abbiamo imparato ad accogliere e a comprendere meglio queste donne: non c'è dubbio che 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. Certo è necessario andare avanti su questa strada, e per questo abbiamo bisogno di maggiori informazioni nei nostri ospedali, nelle università e nelle nostre scuole: corsi di formazione e presenza di mediatori culturali sono elementi critici per sostenere chi lavora a contatto con queste nuove realtà, in particolare nei nostri reparti che sono quelli "in prima linea".

Bisogna anche considerare che l'immigrazione rappresenta un fenomeno in evoluzione continua, ed è quindi da aspettarsi che sempre nuovi soggetti si presentino alla nostra osservazione, ponendo nuove problematiche. Un osservatorio epidemiologico, in grado di cogliere in tempo reale i cambiamenti, rappresenta uno strumento di fondamentale importanza per attrezzarci verso nuove esigenze.

### **Bibliografia**

1. Caritas Migrantes - Immigrazione - Dossier Stastico 2001 - XI Rapporto sull'immigrazione Edizioni Anterem
2. Caritas Migrantes - Dossier Statistico 2002 - XII Rapporto sull'immigrazione Edizioni Anterem
3. Caritas Migrantes - Dossier Statistico 2003 - XIII Rapporto sull'immigrazione Edizioni Anterem
4. Ospedale San Carlo Borromeo Milano - Atti del Convegno "Nuove Povertà' - Vecchie Malattie "- Aspetti Sanitari dell'Immigrazione - Febbraio 2002 Milano
5. Bona et al. Stato di salute dei neonati figli di immigrati. Studio Nazionale multicentrico del gruppo di lavoro per il bambino immigrato della Società Italiana di Pediatria. Rivista Italiana di Pediatria (IJP) N. 24, 1998
6. Gregori C.et.al. I ricoveri ostetrici delle donne straniere negli Ospedali della Lombardia GynecoAOGOI, anno III, N.4, 2002
7. Tuveri et.al. I ricoveri ostetrici negli Ospedali della Lombardia nel triennio 1996 - 1998 Regione Lombardia Direzione Generale Sanità. Servizio Informativo e Controllo di Qualità.
8. Giusti E. et al. I ricoveri ostetrici nella Regione Toscana (dati SDO 1998 - 2001). Regione Toscana. Area pianificazione strategica.
9. Ministero della Salute - Relazione del Ministro G.Sirchia sullo stato di attuazione della Legge 194/78 - 2 Agosto 2002
10. ASP - Agenzia di Sanità Pubblica - Regione Lazio - Rapporto sull'assistenza Ospedaliera ai cittadini stranieri nel Lazio - Anno 2002
11. Associazione Crinali - Azienda Ospedaliera San Carlo Borromeo e Azienda Ospedaliera San Paolo, ASL Città di Milano - Donne e Famiglie Immigrate Integrazione e nuovi modelli di assistenza - Atti del Convegno Milano 30 Maggio 2001