

NASCERE: TRA NORD E SUD DEL PIANETA

Aldo Morrone

Direttore Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale. Istituto San Gallicano (IRCCS), Roma

INTRODUZIONE

Il fenomeno migratorio rappresenta una realtà planetaria, dovuto ad una serie impressionante di fattori politici, economici, sociali, culturali e politici. Secondo i dati dell'ONU, nel 2000 sono risultati oltre 175 milioni i migranti nel mondo, con una incidenza del 2,9% sulla popolazione mondiale di allora: 6 miliardi e 67 milioni.

Sul Pianeta, ogni 35 persone residenti, una è nata all'estero. L'incidenza degli immigrati sulla popolazione residente è del 8,9% nei Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA), rispetto all'1,9% negli altri Paesi.

La realtà dell'immigrazione ha interessato solo negli ultimi venti anni il nostro Paese, che fino agli inizi degli anni Settanta vedeva ancora partire ogni anno oltre 300.000 cittadini in cerca di fortuna.

Al 1 Gennaio 2003, gli stranieri regolarmente soggiornanti in Italia erano 1.512.325. Tra i nati in Italia da entrambi i genitori stranieri (almeno 26.000), i nuovi arrivi a titolo stabile (80- 100 mila), i 278.000 minori già presenti lo scorso anno, i circa 15.000 minori giunti a seguito di ricongiungimenti familiari, e gli oltre 630.000 stranieri che hanno ottenuto il permesso di soggiorno in seguito alla regolarizzazione prevista dalla Legge del 30 luglio 2002, n.189 Modifica alla normativa in materia di immigrazione e di asilo (Legge Bossi-Fini), è possibile stimare una presenza straniera regolare di oltre 2.500.000 persone con una incidenza del 4,2 per cento sulla popolazione residente (l'incidenza media nell'unione Europea è del 5,1 per cento). L'Italia, dopo Germania, Francia e Gran Bretagna, rappresenta attualmente il quarto Paese dell'Unione Europea per la consistenza numerica degli immigrati che ospita ⁽¹⁾.

SALUTE DELLA DONNA E DIRITTI RIPRODUTTIVI

Il tema della salute della donna è entrato tra gli interessi primari dei Governi da quando a Pechino nel 1995, nel corso della IV Conferenza Mondiale delle Donne ⁽²⁾, si è svolto un ampio dibattito su questo aspetto della condizione femminile, considerato a livello mondiale una delle aree nevralgiche più scoperte, che esigono da parte dei Governi una molteplicità di interventi per garantire alle donne il godimento dei più alti livelli qualitativi di salute durante l'intera durata della loro vita, alla pari con gli uomini. Nel corso della Conferenza di Pechino si sono adottati due documenti: La Piattaforma d'Azione e La Dichiarazione di Pechino. La salute, nella sua accezione più ampia, intesa come condizione di completo benessere psico-fisico e non semplice assenza di malattia, è oggi riconosciuta universalmente come uno dei diritti umani fondamentali che propone specifiche esigenze e domande agli uomini e alle donne. Le donne vivono più a lungo, ma il loro stato di salute sembra essere peggiore non solo in termini di percezione soggettiva e di qualità della vita in conseguenza delle diverse patologie legate all'età, ma anche per l'evidente svantaggio sociale derivante dal maggior carico

di lavoro di cura e dalle minori risorse culturali ed economiche che vengono loro offerte ⁽³⁻⁵⁾.

Il diritto alla vita è uno dei diritti fondamentali dell'uomo, ed implica non solo il diritto alla procreazione, ma la responsabilità dei governi nell'assicurare le condizioni necessarie per tutelare la vita e la sopravvivenza. Il rispetto di tale diritto implica assicurare alle donne di tutto il mondo l'opportunità di accedere a quei servizi che tutelano la gravidanza e il parto. Il Programma d'Azione della Conferenza Internazionale del Cairo ("International Conference Population and Development") del 1994, terza conferenza dedicata al tema della popolazione che ha fatto seguito a tutta una serie di conferenze incentrate sul tema della donna come attrice decisiva di qualsiasi progresso ⁽⁶⁾, ha stabilito il contesto e il contenuto dei diritti riproduttivi. "I diritti riproduttivi comprendono alcuni diritti umani già riconosciuti da leggi nazionali, testi internazionali sui diritti umani, e altri documenti consensuali delle Nazioni Unite. Il fondamento di questi diritti è il riconoscimento del diritto basilare di tutte le coppie e individui di decidere liberamente e responsabilmente il numero, il momento e l'intervallo di tempo delle nascite dei propri figli, di avere le informazioni necessarie a fare ciò, e il diritto all'ottenimento del livello più alto di salute sessuale e ripro-

SALUTE DONNA

duttiva. È compreso in tali diritti il diritto di tutti/e di prendere decisioni in materia di riproduzione liberi/e da discriminazione, coercizione e violenza, come esplicitato nei documenti in materia di diritti umani" (Programme of Action of the UN ICPD, Chapter VII - Reproductive Rights and Reproductive Health, Basis for Action 7.3).

La Conferenza di Pechino ha trasferito direttamente nella propria Piattaforma d'Azione molte formulazioni della conferenza del Cairo. Afferma infatti la Piattaforma: "Una buona salute è essenziale per vivere una vita produttiva e gratificante, e il diritto di tutte le donne al controllo su tutti gli aspetti della propria salute, e in particolare sulla propria fertilità, è essenziale per il loro empowerment." E ancora: "I diritti fondamentali delle donne includono il loro diritto ad avere il controllo e a decidere liberamente e responsabilmente circa la propria sessualità, inclusa la salute sessuale e riproduttiva, senza coercizione, discriminazione e violenza." (Platform for Action, Women and Health 92, 96)

PARTORIRE E NASCERE NEL SUD DEL MONDO

Nei paesi cosiddetti in via di sviluppo (PVS) i progressi riguardo al rapporto fra la salute e i diritti sessuali e riproduttivi, sono estremamente variabili. Diverse analisi indicano che le differenze riguardanti l'accesso alle informazioni o ai servizi che promuovono la salute riproduttiva o la prevenzione sessuale, in particolare, la pianificazione familiare, l'assistenza prenatale, e la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, sono maggiormente determinate dai livelli socio-economici-culturali ⁽⁷⁾.

Negli ultimi 12 anni, pur in presenza di molti progressi compiuti, per quanto riguarda il miglioramento dell'assistenza prenatale, e la promozione della sicurezza della madre, il rischio per una donna, nel corso della sua vita di morire in gravidanza o al momento del parto, rimane ancora troppo elevato, interessando 1 donna su 160. Gravidanza e parto sono la causa di morte di circa 514.000 donne ogni anno. Questo vuol dire che una donna muore ogni minuto. La quasi totalità di queste morti (98%) avviene nei PVS e occorre tristemente constatare che la gran parte di queste morti poteva essere prevenuta. Per ogni donna che muore altre, il cui numero è compreso tra 15 e 30, soffrono di malattie croniche o gravi problematiche conseguenti alla gravidanza. Circa il 55% di tutte le gravidanze può essere considerato a rischio. La maggior parte delle complicazioni avviene casualmente, cosicché ogni gravidanza ha un rischio indeterminato.

Per mortalità materna si intende la morte di una donna nel corso della gravidanza o entro i 42 giorni che seguono alla fine della gravidanza. Le morti sono suddivise in cause ostetriche dirette e indirette.

Le cause ostetriche dirette rendono conto di circa 2/3 delle morti, e sono condizioni nelle quali la morte della donna può essere attribuita all'insorgenza di complicazioni ostetriche in corso di gravidanza, al momento del travaglio, o nel postpartum. Le 5 più frequenti cause sono: emorragia, sepsi, eclampsia, travaglio prolungato o interrotto, complicazioni legate ad

un aborto.

Per quanto riguarda le cause ostetriche indirette, che riguardano 1/3 delle morti, sono delle patologie preesistenti alla gravidanza, o insorgenti in corso di gravidanza e aggravate dai suoi effetti fisiologici, esempi sono malaria, anemia, HIV/AIDS, e le malattie cardiovascolari ⁽⁸⁾.

La mortalità materna è un evento che interessa non solo la donna, ma anche la sua famiglia e l'intera comunità. Il rischio che un bambino muoia aumenta significativamente con la morte della madre. La morte di una donna in età riproduttiva comporta anche un significativo danno economico. Per cui non solo si ammalano le donne e le infezioni possono essere trasmesse ai bambini, ma ci sono anche milioni di orfani in conseguenza dei decessi delle madri in questi Paesi ⁽⁹⁾. Esistono tre principali indici per valutare l'entità della mortalità materna:

1. Il "Maternal Mortality Ratio" (MMR) rappresenta il rischio associato ad ogni gravidanza. È calcolato come il numero di morti materne, per un dato anno, su 100.000 nati vivi per lo stesso anno.
2. "Maternal Mortality Rate": misura sia il rischio ostetrico, sia la frequenza con la quale ciascuna donna è esposta a tale rischio. È calcolato come il numero di morti materne, per un dato anno, su 100.000 donne in età fertile (15-49 anni) per lo stesso anno.
3. "The lifetime risk of maternal death": tiene conto e della probabilità di ogni donna di aspettare un bambino e della probabilità di morire, nel corso della sua intera esistenza. È il risultato del numero cumulativo delle gravidanze per tutti gli anni di vita fertile di una donna ⁽¹⁰⁾.

La prima stima dell'entità della mortalità materna nel mondo è stata realizzata nel 1980. All'epoca era di circa 500.000 il numero delle donne morte nel corso della gravidanza, al momento del parto o nel postpartum. Nel 1996 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e l'UNICEF hanno ripreso questi dati e li hanno aggiornati per l'anno 1990: risultavano morire circa 600.000 donne, con un "maternal mortality ratio" pari a 27 su 100.000 nati vivi nei paesi ricchi, per i paesi in via di sviluppo il ratio è 20 volte più elevato, pari a 480/100.000 nati vivi e raggiungeva anche il valore di 1.000/100.000 in alcune aree.

In molti Paesi ad economia meno avanzata la gravidanza, il parto e il puerperio rappresentano tuttora uno dei momenti di maggiore pericolo per la salute (e la vita) della donna e del neonato.

La mortalità materna valutata nel 2000 per il mondo era di 529.000 donne. Queste morti sono state quasi ugualmente divise fra l'Africa (251.000) e l'Asia (253.000), con circa il 4% (22.000) nell'America latina ed i Caraibi e più o meno l'1% (2.500) nelle regioni sviluppate del mondo. Il paese con il più elevato numero assoluto di mortalità materna è l'India (136.000), seguita dalla Nigeria (37.000), dal Pakistan (26.000), dalla Repubblica Democratica di Congo ed dall'Etiopia (24.000 ciascuno), seguono poi la Repubblica unita di Tanzania (21.000), l'Afghanistan (20.000), il Bangladesh (16.000), l'Angola, la Cina, il Kenia (11.000 ciascuno), l'Indonesia e l'Uganda (10.000 ciascuno). Questi 13 paesi rappresentano il 67% di tutte le morti materne ⁽¹¹⁻¹³⁾

SALUTE DONNA

In termini di "maternal mortality ratio" (MMR), la media mondiale era pari a 400 per 100.000 nati vivi. Per regione, il MMR era più alto in Africa (830), seguita dall'Asia (330), Oceania (240), dall'America latina ed i Caraibi (190) ed i paesi sviluppati.

Riguardo ai valori MMR l'OMS ha prodotto delle stime relative al 2000 che per l'Africa vanno da 37 su 100.000 nati vivi nelle Mauritius a 2.000/100.000 nella Sierra Leone; per l'Asia si va da 37/100.000 nel Brunei a 1.900/100.000 in Afghanistan; e per l'America Latina, da 20/100.000 in Uruguay fino a 420/100.000 in Bolivia. Lo stesso rapporto è pari a 5/100.000 in Italia, in Finlandia e in Spagna, 14/100.000 negli USA e 5/100.000 in Canada ⁽¹⁴⁾.

Oltre 1 milione di bimbi e circa 70.000 mamme-adolescenti muoiono ogni anno nei paesi in via di sviluppo poiché le giovani si sposano ed hanno figli prima di essere fisicamente e psicologicamente pronte. Nel mondo 10 milioni di giovani ragazze si sposano ed hanno dei figli quando ancora esse stesse sono, anagraficamente, delle bambine. Quando una ragazza diventa madre prima che sia fisicamente ed emotivamente matura da affrontare ed accogliere l'evento nascita, i risultati possono essere drammatici: molte di queste ragazze muoiono dando alla luce i loro bambini, mentre sia quelle che sopravvivono al parto che i loro bambini spesso godono di scarsa salute e sono destinate a morire, successivamente, a causa delle difficili condizioni di vita legate alla povertà. Un'analisi condotta in 50 paesi ha messo in evidenza come una ragazza su quattro, tra i 15 e i 19 anni, è già sposata e una su dieci ha un bambino entro il primo anno di matrimonio. Dei bambini nati 1/9 morirà prima di aver compiuto il primo anno di vita. I paesi dell'Africa Sub-sahariana presentano la più alta incidenza di spose bambine. Questo dato correla con la più alta incidenza registrata in questa parte del mondo di mortalità materna dovuta a complicanze della gravidanza e del parto.

Esclusa l'Africa Sub-sahariana, altri paesi ad alta incidenza di spose-bambine sono l'Afghanistan nell'Asia centrale, Bangladesh e Nepal nell'Asia del sud, Yemen nel Medio Oriente, Guatemala, Nicaragua ed Haiti nell'America Latina. Per 10 bambini che nascono nel mondo, sicuramente uno nasce da una madre che è poco più di una bambina. Nei PVS per le giovani donne di età compresa tra i 15 ed i 19 anni la principale causa di morte è legata alle complicanze del parto. Madri estremamente giovani di età tra i 10 e i 14 anni, hanno indici di mortalità 5 volte più elevati rispetto alla controparte di età tra i 20 ed i 24 anni.

Bambini nati da madri-bambine hanno una probabilità di morire prima del primo anno di vita superiore al 50% rispetto a bambini nati da madri ventenni.

Una graduatoria dei paesi più e meno favorevoli alla maternità è stata stilata dall'ONG Save the Children prendendo in considerazione, relativamente a 119 paesi del mondo, i principali indicatori del benessere materno: salute, educazione e status politico.

In testa alla graduatoria c'è la Svezia. In coda la Nigeria.

Seguono, fra i primi dieci paesi: Danimarca, Finlandia, Austria, Paesi Bassi, Norvegia, Australia, Canada, Regno Unito, Stati Uniti. Agli ultimi posti invece, sopra la Nigeria, ci sono: Burkina Faso, Etiopia, Mali, Guinea Bissau, Ciad, Sierra Leone, Yemen, Repubblica Centro Africana, Mauritania. Una mamma di uno dei dieci paesi in fondo alla graduatoria è, rispetto a quelle dei paesi sviluppati, 26 volte più esposta al rischio di veder morire suo figlio entro il primo anno di vita e 750 al rischio di morire lei stessa durante la gravidanza o il parto.

In questi stessi paesi 1 bambino su 3 non è iscritto a scuola e solo una donna su quattro sa leggere e scrivere. "Anche in questo caso l'educazione rappresenta un fattore chiave", conferma Carlotta Sami di Save the Children "L'indice infatti individua una strettissima relazione fra il livello di istruzione della madre, il suo accesso ai servizi di pianificazione familiare, la presenza di personale qualificato al momento del parto con la sopravvivenza e la salute del bambino". In Svezia, per esempio, che è al primo posto della graduatoria, più del 99% delle donne ha un'istruzione. Nei primi dieci paesi praticamente tutti i bambini vanno a scuola e tutte le donne sono istruite. Al contrario, in Nigeria, solo il 9% delle donne è andato a scuola: una mamma etiope ha 38 possibilità in più di veder morire il proprio bambino entro il primo anno di vita rispetto ad una madre svedese. Le donne con un'istruzione sono più portate a posporre il matrimonio e la maternità, hanno più a cuore la propria salute e quella del bimbo e incoraggiano i figli ad andare a scuola; L'aumento dell'uso di contraccettivi permette alle donne di distanziare le maternità, di conseguenza diminuisce la mortalità materna. Negli Stati Uniti, dove il 71% delle donne ricorre alla contraccezione, la mortalità materna è di 1 donna su 2.500; in Mali di 1 su 10 a fronte di un utilizzo della contraccezione nel 6% della popolazione femminile. Meno del 5% di donne fa ricorso alla contraccezione in Burundi, Repubblica Centro Africana, Ciad, Eritrea, Guinea Bissau, Nigeria e Sierra Leone. Solo il 15% delle nascite, in Bangladesh, Etiopia e Nepal avviene con l'assistenza di personale sanitario ⁽¹⁵⁾.

Per quanto riguarda la mortalità infantile (morti entro il primo anno di vita rispetto a 1.000 nati vivi), il valore medio tra i Paesi in via di sviluppo è di 63/1.000 rispetto a 9/1.000 nei Paesi ad economia avanzata. Secondo le ultime stime dell'OMS relative al 2000 in l'Africa i valori vanno da 16 su 1.000 nati vivi nelle Mauritius a 181/1.000 nella Sierra Leone; per l'Asia si va da 11/1.000 nel Brunei a 189/1.000 in Afghanistan; e per l'America Latina, da 14/1.000 in Uruguay fino a 63/1.000 in Bolivia. Lo stesso rapporto è pari a 3/1.000 in Svezia, 5/1.000 in Italia, in Francia e in Svizzera, 7/1.000 negli USA e 5/1.000 in Canada. ⁽¹⁶⁾

COMPLICANZE DELLA GRAVIDANZA

Un esempio frequente di complicanze della gravidanza è l'infezione della cervice uterina da *N. gonorrhoeae* e/o *C. trachomatis*, che nel 70% circa dei casi decorre in maniera asintomatica, può precedere l'estensione del processo infiamma-

SALUTE DONNA

torio agli annessi e alla cavità peritoneale, determinando il quadro della malattia infiammatoria pelvica (PID). In alcune regioni dell'Africa subsahariana l'incidenza di PID raggiunge valori pari a 360 casi su 100.000. La PID a sua volta si associa ad elevato rischio di infertilità tubarica conseguente ad occlusione cicatriziale per infiammazione cronica, e di gravidanza ectopica. L'infertilità secondaria all'occlusione tubarica può probabilmente giustificare fino al 60-85% del totale dei casi di infertilità in Africa. Si calcola poi che il rischio di gravidanza ectopica, che in alcuni paesi africani rappresenta la terza causa di mortalità materna, aumenti di 7-10 volte dopo un episodio di PID.

Nei paesi sviluppati, fin dai lontani anni '40, la mortalità materna è divenuta un evento raro, tanto che il rischio di morire per cause legate alla gravidanza e al parto è pari a 1 su 3.000 donne. Lo stesso non è avvenuto nei paesi in via di sviluppo, in Africa 1 donna su 19 muore per cause legate alla gravidanza e al parto.

Nei PVS, le donne povere partoriscono quasi sempre senza l'assistenza di personale qualificato in grado di affrontare eventuali complicanze.

Ogni anno circa 60 milioni di nascite avvengono in condizioni in cui la madre è aiutata nel parto da un membro della famiglia, o da un membro scelto dalla comunità come responsabile delle nascite, senza aver ricevuto alcuna formazione, oppure partorisce da sola.

L'OMS ha stabilito che se si assicurassero alla madre e al bambino un livello minimo d'assistenza, il cosiddetto Pacchetto madre-figlio (Mother-baby package) ⁽¹⁷⁾, nei paesi in via di sviluppo, per ogni persona si spenderebbero 3 dollari l'anno. Inoltre il tasso di fecondità è più alto tra i poveri e una percentuale maggiore delle gravidanze è indesiderata. Il divario raggiunge il suo picco massimo e ha le peggiori conseguenze quando si considerano le gravidanze precoci: moltissime ragazze non sanno quasi nulla di pianificazione familiare o delle possibilità di scelta che hanno a disposizione. Per questo il rischio di una gravidanza indesiderata o di contrarre una malattia a trasmissione sessuale, compreso l'AIDS, si ripresenta ad ogni rapporto sessuale.

Le infezioni da Malattie Sessualmente Trasmissibili durante la gravidanza espongono la donna ed il nascituro a complicazioni gravi e potenzialmente fatali. La sieroprevalenza della sifilide in donne gravide presenta ancora valori estremamente elevati in numerosi paesi del Sud del mondo. In America Meridionale e Centrale i tassi variano da 1,3% (Honduras) al 6,3% (Paraguay). Nel continente asiatico è calcolato un picco pari al 14,2% alle isole Fiji, ma nei restanti paesi i tassi risultano in genere inferiori al 2%. Nella maggioranza dei paesi dell'Africa Sub-Sahariana, infine, la prevalenza di sifilide si attesta attorno al 10%. La sifilide non correttamente trattata in gravidanza è trasmessa al feto, per via trans-placentare, nel 60% dei casi con conseguenze devastanti per il prodotto del concepimento: aborto, morte intrauterina o perinatale nel 50% degli infetti, ed inoltre basso peso o infezione poliviscerica alla nascita. In Zambia si stima che la sifilide congenita sia responsabile del 20-30% della mortalità perinatale, mentre la sifilide congenita affligge 700/100.000 nati vivi in

Bangkok, 850/100.000 in Lusaka e ben 3.200/100.000 in Addis Abeba. La gonorrea e le infezioni da Chlamydia in gravidanza sono a loro volta responsabili di gravi complicazioni. Chlamydia trachomatis e Neisseria gonorrhoeae sono responsabili nella madre di circa un terzo dei casi di endometrite postpartum nei PVS ⁽¹⁸⁻²⁶⁾.

MATERNITÀ E IMMIGRAZIONE

Anche tra gli immigrati provenienti dai Paesi ad economia meno avanzata, i fattori di rischio dovuti alla povertà e all'emarginazione sociale si associano ad un più alto rischio di esiti negativi per la salute della donna in gravidanza, rispetto alla popolazione ospitante. Se si considerano la giovane età, la multiparità, l'alta prevalenza di anemie, di infezioni dell'apparato genito-urinario, il disagio interculturale e le condizioni socio-economiche precarie, si traccia il profilo di una popolazione altamente esposta alle malattie e alle complicanze. Alcuni studi condotti in Francia sul rischio materno-infantile nella popolazione immigrata hanno mostrato un incremento di parti prematuri e di nati morti correlati alla scarsità dei controlli prenatali. Anche in Gran Bretagna, diverse indagini hanno evidenziato un più basso peso alla nascita e un significativo aumento della mortalità perinatale per i nati di immigrati asiatici rispetto alla popolazione inglese ⁽²⁷⁾.

La presenza di donne straniere, provenienti in particolare da aree povere del mondo, rappresenta ormai una realtà del nostro Paese, in particolare delle grandi città del Centro-Nord Italia. Negli anni è andato aumentando il numero di queste donne in Italia: 635 mila alla fine del 2000, corrispondenti al 46% di tutta la popolazione di immigrati. Nel Lazio, si è passati da 69.320 permessi di soggiorno rilasciati a donne straniere nel 1992 a 119.778 nel 2000.

In seguito ai ricongiungimenti familiari, pari al 31,2% sul totale dei permessi di soggiorno rilasciati al 31 dicembre 2002, è dunque aumentata la popolazione immigrata femminile, rendendo maggiormente equilibrata per genere la realtà dell'immigrazione.

Terapia all'Ospedale Civile di Makallè in Tigray - Etiopia



SALUTE DONNA

Oggi le donne in Italia sono in media il 46,7% della presenta immigrata totale.

A livello nazionale il numero di parti da madri di cittadinanza non italiana è il 10,2%. Il fenomeno è più diffuso al centro-nord, in particolare in Lombardia, dove il 16,1% delle nascite interessa donne non italiane. Nell'ambito dei parti da donne straniere le aree geografiche di provenienza più rappresentate sono l'Europa dell'Est (36%) e l'Africa (26%). Le madri provenienti dall'America Latina e dall'Asia del Sud rappresentano rispettivamente il 10 e il 18%. Per quanto riguarda l'età della madre alla gravidanza le donne italiane e quelle dell'UE hanno un'età compresa tra i 30 e i 39 anni (circa il 60%), le donne provenienti da altre aree geografiche presentano un'età più bassa fra i 20 ed i 29 anni⁽²⁸⁾. I dati disponibili in letteratura sulla realtà del nostro Paese confermano la presenza di maggior esiti negativi alla nascita e di difficoltà nell'assistenza ricevuta dalle donne straniere in gravidanza. Da un'analisi dei dati nazionali, l'ISTAT ha calcolato per il 1994 un tasso di nati-mortalità pari a 6,6 per 1000 per le coppie straniere a fronte del 4,9 per 1000 per le coppie padre italiano/madre straniera e 4,1 per le coppie italiane. Simili risultati sono stati osservati nel Lazio nel periodo 1992-1996: vi sono stati 7,4 nati morti per 1000 nati in caso di madre straniera rispetto a 3,5 tra le italiane. Differenze sono state trovate anche nella mortalità neonatale (9,3 bambini morti nei primi 28 giorni di vita per 1000 nati vivi da madre straniera rispetto a 4,4 per 1000 tra le italiane) e quella post-neonatale (2,6 morti per 1000 nati vivi con madre straniera e 1,3 per 1000 da quelli con madre italiana).

Inoltre la percentuale di bambini con basso peso alla nascita (<2500 g) è risultata più elevata quando la madre era nata in un Paese in via di sviluppo (circa 9%) in confronto a quella calcolata per le madri nate nel Lazio (5,2%) o in Paesi ad economia avanzata (4,4%).

Per quanto riguarda la salute della donna straniera, i temi emergenti sono l'alto tasso di abortività, la scarsa informazione, con conseguente ridotta domanda di assistenza alla gravidanza, la presenza di mutilazioni genitali femminili. In questo contesto le donne straniere meritano particolare attenzione anche in relazione alle diversità di condizione di vita, di cultura e di costumi. Tale necessità, già evidenziata in passato, viene sottolineata nell'obiettivo "La salute degli immigrati" del Piano Sanitario 2003-2005 che individua, tra le azioni prioritarie in tema di salute delle donne immigrate, il miglioramento dell'assistenza delle donne straniere in stato di gravidanza e la riduzione del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza.

In questo ambito si deve ricordare anche il problema delle MGF (mutilazioni genitali femminili) e sottolineare la mancanza pressoché totale di campagne di prevenzione rivolte alle nuove nate in Italia con almeno uno dei genitori proveniente

Pazienti all'Ospedale Civile di Makallè in Tigray - Etiopia



da paesi ad alta prevalenza per MGF.

Un'indagine coordinata dall'ISS ha evidenziato che le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) effettuate da donne straniere sono passate da 4.500 nel 1980 a 20.500 nel 1998, con un trend fortemente decrescente dalle età più giovani a quelle in età più avanzate. Sulla base dei dati a tutt'oggi disponibili, il valore assoluto di IVG per il 2002 è pari a 130.690 interventi, con un decremento del 1,2% rispetto al 2001 (132.234 casi) e del 44,3% rispetto al 1982, anno in cui si è registrato il più alto ricorso all'IVG (234.801 casi).

L'analisi delle caratteristiche socio-demografiche delle donne che ricorrono all'IVG ha permesso di accertare che l'evoluzione del fenomeno per le specifiche modalità di tali caratteristiche (età, stato civile, numero figli, istruzione, residenza e cittadinanza) non è stata omogenea e ha confermato l'ipotesi formulata all'inizio degli anni '80 che prevalentemente il ricorso all'aborto non è una scelta di elezione ma un'ultima ratio, conseguente il fallimento e/o l'uso scorretto dei metodi per la procreazione responsabile adottati all'atto dell'ultimo concepimento. In effetti, la riduzione del ricorso all'aborto è stata maggiore per le donne più istruite, per quelle coniugate e per quelle occupate, cioè per le donne in condizioni di stabilità di rapporto e con maggiore opportunità di conoscenze e di relazioni comunitarie, condizioni che hanno favorito, grazie anche al ruolo dei servizi, in primis dei consultori familiari, una maggiore competenza e consapevolezza relativamente all'uso dei metodi per la procreazione responsabile.

SALUTE DONNA

Utilizzando la distribuzione per età della popolazione femminile straniera con permesso di soggiorno fornita dal Ministero degli Interni l'ISTAT ha stimato per il 1998 il numero di donne straniere residenti in Italia di età compresa tra 18 e 49 anni ed il tasso di abortività per queste donne (32,5 per 1000 donne straniere in età 18-49 anni) che risulta tre volte superiore al tasso delle cittadine italiane dello stesso gruppo d'età (9,1 per 1000). Questo dato è da mettere in relazione al fatto che molte delle donne cittadine straniere nel nostro Paese vivono spesso in situazioni disagiate e che provengono da aree in cui l'abortività legale e/o clandestina è più alta che in Italia. L'analisi per età e per cittadinanza mostra, inoltre, che per le italiane i livelli maggiori di abortività si registrano nella fascia fra i 25 e i 34 anni, mentre per le donne straniere i tassi decrescono passando dalle età più giovani a quelle più avanzate ⁽²⁹⁾.

Dal 1995 l'ISTAT ha iniziato a raccogliere e pubblicare il dato riguardante la cittadinanza delle donne che abortiscono in Italia. Anche il sistema di sorveglianza dal 2000 ha acquisito questa informazione attraverso i Referenti Regionali. Nel corso degli anni è andato crescendo il numero degli interventi effettuato da donne con cittadinanza estera, generalmente residenti o domiciliate nel nostro Paese (8.967 nel 1995, 9.850 nel 1996, 11.978 nel 1997, 13.826 nel 1998, 18.806 nel 1999, 21.201 nel 2000 e 25.094 nel 2001). L'incremento osservato è legato principalmente all'aumentata presenza sul territorio nazionale delle donne straniere a seguito dei ben noti fenomeni migratori ed influisce in modo sempre più consistente sull'incidenza media dell'IVG. Nel 2001 si sono avute 248,6 IVG per 1000 nati vivi, con un decremento dello 0,8% rispetto al 2000. Nel 2001 si sono avute 9,5 IVG per 1000 donne in età feconda, con una riduzione dell'1,8% rispetto al 2000.

Nel 2001 il numero di IVG effettuate da donne straniere corrisponde al 19,1% del dato nazionale e, soprattutto in alcune regioni, quali il Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Lazio la percentuale di IVG riguardanti donne con cittadinanza straniera supera il 20%. Si tratta in ogni caso di donne generalmente residenti o domiciliate nel nostro Paese.

Un'analisi più accurata delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) mostra come le più frequenti cause di ricovero siano quelle legate alle patologie della gravidanza (15,8% dei ricoveri ordinari nelle straniere contro il 2,9% del valore nazionale), ai traumatismi intracranici e superficiali (10,1% negli stranieri contro il 2,2% del valore nazionale), agli aborti indotti (3,8% nelle straniere, 0,5% come valore nazionale), confermando ancora una volta non solo la scarsa conoscenza dei metodi contraccettivi da parte delle donne immigrate, ma anche il profondo disagio sociale in cui sono costrette a vivere (assenza di un nucleo familiare stabile, precarietà socio-economica, lavorativa e alloggiativa, mancanza di figure di riferimento e supporto, prostituzione) ⁽³⁰⁾.

In generale si è osservato un miglioramento dell'assistenza in gravidanza, al parto e puerperio. Ad esempio è diminuita la percentuale di donne che hanno effettuato la prima visita dopo il 1° trimestre (da 25% a 16%), il numero medio di ecografie è quello raccomandato dai protocolli nazionali e il mese della prima ecografia è risultato essere in media il terzo, come tra le italiane. Tuttavia ancora un 4% non ha avuto alcuna assistenza in gravidanza e il 17% ha dichiarato di aver avuto difficoltà ad essere assistita. Anche gli esiti alla nascita continuano ad essere peggiori rispetto alle italiane, 8,8% di parti pretermine tra le immigrate rispetto al 4,6% tra le italiane. Per quanto riguarda i livelli di conoscenze, si evidenzia un miglioramento rispetto ai dati delle immigrate rilevati nel 1995-96, ma risultano ancora inferiori rispetto a quelli osservati tra le italiane. La gran maggioranza delle donne ha dichiarato di non essere a conoscenza delle informazioni fornite o solo di alcune. Pertanto condividiamo l'indicazione sottolineata anche da altri autori che sia necessario provvedere a un "riorientamento" delle attività di prevenzione, diagnosi e assistenza ⁽³¹⁻³⁴⁾.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Il fenomeno migratorio si presenta sempre più diversificato, nel territorio, nel tempo e nelle caratteristiche del progetto di migrazione. Si può disegnare una mappa delle presenze di immigrati alquanto fluttuante, con luoghi che si riempiono o si svuotano, spesso con frequenza stagionale.

Le persone provengono da nazioni diverse, in rapporto alla situazione politica, sociale ed economica di quel determinato paese: la Cambogia nel 1979, la Polonia nel 1986, gli altri paesi dell'est nel 1989, l'Albania o il Pakistan nel 1990, la Somalia e l'ex Jugoslavia nel 1994, e, a seguire, di nuovo l'Albania, il Kurdistan, la Sierra Leone, il Marocco e il Ruanda, l'India, la Romania, l'Egitto, l'Ucraina.

Certamente, la presenza di numerose donne e di intere famiglie ha cambiato notevolmente lo scenario migratorio. Di conseguenza, si sarebbe dovuto modificare anche il modello di assistenza sanitaria proposto dal nostro Servizio Sanitario Nazionale. Eppure, così non è stato. Invece di accettare la presenza di persone provenienti da culture altre, e rimodellare una offerta di servizi socio-sanitari diversificati, elastici e soprattutto a misura umana, si è preferito cercare di rivolgere agli stranieri quegli stessi servizi che spesso non erano più attenti alle persone, ma solo alle malattie. Si è travasato nella sanità una massa di persone straniere che hanno sostituito nelle fruibilità del servizio stesso gli italiani che ormai, ad eccezione dei servizi di emergenza e di alta tecnologia, si rivolgono al privato. Si tratta di una percentuale di oltre il 25-30 per cento dell'intera popolazione che utilizza i servizi pubblici. È ancora lontano lo sviluppo di una medicina attenta alle complesse problematiche delle persone con il rispetto delle diverse dignità e culture.

L'esperienza accumulata dal nostro Istituto sul bisogno di salute degli immigrati in generale ed delle donne immigrate in particolare ci permette di definire alcuni aspetti dell'immi-

SALUTE DONNA

grazie al femminile che riteniamo siano da tenere in considerazione nelle future scelte di sanità pubblica, soprattutto per ciò che riguarda la tutela della salute dei soggetti deboli.

- In Italia vi sono ormai più di due milioni e mezzo di immigrati e al loro interno si osserva un continuo aumento della presenza di donne, di famiglie e di bambini.

- Secondo la nostra casistica l'intervallo di benessere "effetto migrante sano" tra la data di arrivo in Italia e la prima richiesta di assistenza medica si è ormai ridotto a circa 30 giorni.

- La mancanza del permesso di soggiorno si associa a uno stato di precarietà economica e di disadattamento che, insieme alla distanza dai consueti circuiti dell'informazione (si pensi a quanto sia importante l'informazione nei programmi di educazione alla salute) e al ridotto accesso ai servizi socio-sanitari, mina sempre più rapidamente il già precario stato di salute degli immigrati.

- Sebbene, dopo il 1994, il riconoscimento giuridico del diritto all'assistenza in area materno infantile sia stato esteso anche alla componente irregolare e nonostante i servizi, specie nelle grandi città, dichiarino un continuo incremento della domanda da parte delle donne straniere, persistono ancora notevoli ed ingiustificate differenze sia sul piano della qualità dell'assistenza sia su quello dell'informazione e prevenzione.

- Tali carenze informative assumono particolare rilevanza sul piano epidemiologico perché condizionano scelte e comportamenti in grado di modificare l'andamento della gravidanza e del parto, e di influire sulla salute del bambino nel puerperio. Infatti la percentuale di nati pretermine, importante fattore di rischio per la mortalità perinatale, risulta essere quasi doppia rispetto al valore riscontrato tra le madri italiane.

- Questi problemi sembrano essere maggiormente presenti tra le donne che provengono dall'Europa dell'Est, tra quelle che sono presenti in Italia da un minor tempo, tra quelle con livelli più bassi di istruzione e tra quelle meno integrate.

Occorrerà in futuro impegnarsi perché la presenza degli stranieri rilanci una politica socio-sanitaria più attenta alle fasce deboli della popolazione, alle famiglie che vivono in precarie condizioni socio-economiche e culturali.

Paradossalmente, potrà essere il fenomeno migratorio a

favorire un nuovo modello di sanità più attento alla realtà delle persone che ai ricavi nell'erogazione di prestazioni. Infatti al 31 dicembre 2003 sono terminate le procedure per la regolarizzazione di tutti gli immigrati che ne avevano diritto secondo quanto previsto dalla legge n. 189 del 2002. Le domande di regolarizzazione presentate nel periodo di tempo intercorrente fra il 10 settembre ed il 10 novembre 2002 sono state 702.156. Dal giorno in cui questi immigrati hanno presentato le domande di regolarizzazione sono diventati cittadini a tutti gli effetti nei confronti del Sistema Sanitario Nazionale ed hanno acquisito il diritto a tutte le forme di prevenzione, diagnosi e cura come gli altri cittadini italiani. Il Sistema Sanitario Nazionale in questo caso ha rappresentato uno straordinario strumento di inclusione sociale e di integrazione. Ma quest'evento invece di rilanciare il diritto alla tutela della salute per tutti nelle modalità in cui viene concretamente garantito si presenta sempre meno equo. Infatti negli ultimi anni sembra di assistere ad un progressivo slittamento verso una gestione della sanità improntata ad un forte economicismo, con il risultato di mettere in secondo piano la complessa strategia necessaria per promuovere e tutelare la salute dei cittadini: sembra emergere una riduzione impropria della tutela della salute al mero processo di erogazione di prestazioni sanitarie. In questo contesto spesso le regioni si sono limitate ad erogare o "vendere" prestazioni sanitarie senza intervenire sulle cause delle malattie e senza promuovere un'adeguata prevenzione⁽³⁵⁻³⁶⁾

Oggi siamo riusciti a rendere fruibili alcuni servizi alle donne e alle famiglie immigrate, ma senza che la medicina indagasse sulle cause di malattie dovute al lavoro nero; siamo capaci di praticare interruzioni volontarie di gravidanza nelle strutture pubbliche, ma siamo ancora lontani dal favorire la maternità responsabile per le donne immigrate, che percepiscono spesso la gravidanza come l'anticamera del licenziamento⁽³⁷⁾. Ci sembra di essere nella direzione giusta, ma occorre ancora fare molta strada affinché la promozione della salute e la prevenzione delle malattie siano assicurate alle fasce più povere della popolazione, ed in particolare alle donne, siano esse straniere o italiane.

NOTE BIBLIOGRAFICHE

1. *Caritas Immigrazione. Dossier statistico 2003. Edizioni Anterem, Roma, 2003.*
2. *Fourth World Conference on Women, Beijing, China 4-15 Sept. 1995.*
3. *UNIFEM Conflict Trends, Issue 3/2003 "Women, Peace & Security", 2003*
4. *UNESCO.EFA Global Monitoring Report 2003/04 Chapter 3 Why are girls still held back?, 2003*
5. *UNIFEM. Turning the Tide CEDAW and the Gender Dimensions of the HIV/AIDS pandemic, Chapter I Sexual Stereotypes and the Knowledge Gap, 2004*
6. *La Conferenza sulle Donne di Nairobi, del 1985 (3rd World Conference on Women, Nairobi Equality, Development and Peace, 1985), la Conferenza di Rio sull'Ambiente e lo Sviluppo (UN Conference on Environment and Development, Rio de Janeiro, 1992), di Vienna sui Diritti dell'Uomo (World Conference on Human Rights, 14-25 June 1993, Vienna, Austria), oltre soprattutto al Vertice Sociale di Copenaghen (World Summit for Social Development, 6-12 March 1995 in Copenhagen, Denmark) e alla IV Conferenza Mondiale sulle donne di Pechino (Fourth World Conference on Women, Beijing, China 4-15 Sept. 1995).*
7. *Morrone A. L'altra faccia di Gaia. Salute, migrazione e ambiente tra Nord e Sud del Pianeta. Armando Editore, Roma, pp. 336; 1999.*

8. WHO Care in normal birth: a practical guide. Report of a technical working group. Geneva, WHO (WHO/FRHIMSM/96.24), 1999.
9. Bianchini C, Marangi M, Meledandri G, Morrone A. *Medicina Internazionale. Società Editrice Universo (SEU) Roma*, pp. 608; 2000
10. The sisterhood method for estimating maternal mortality: Guidance for potential users 1997 - Ref WHO/RHT/97.28
11. MATERNAL MORTALITY IN 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA
12. Lopez AD et al. World mortality in 2000: life tables for 191 countries. Geneva, World Health Organization, 2002.
13. Reduction of maternal mortality A Joint WHO/UNFPA/UNICEF World Bank Statement World Health Organization Geneva 1999.
14. Hill K, AbouZahr C, Wardlaw T. Estimates of maternal mortality for 1995 *Bulletin of the WHO*, 2001;79 (3):182-193.
15. WHO The World Health Report 2004. - Changing history, Geneva 2004.
16. Save the Children Children having children State of the World's Mothers 2004.
17. WHO. Mother-baby package: implementing safe motherhood in countries. FHE/MSM/94.11. Geneva, 1994.
18. UNFPA. State of world population 2003 Making 1 billion count: investing in adolescents' health and rights, 2003.
19. UNFPA. State of world population 2002 People, poverty and possibilities: making development work for the poor, 2002.
20. The World Health Report 2003 Shaping the future, Geneva, 2003.
21. Turning the Tide CEDAW and the Gender Dimensions of the HIV/AIDS pandemic, UNIFEM 2004 Chapter VI - Pregnancy and Perinatal Transmission.
22. World population prospects - the 2002 revision. New York, United Nations Population Division, 2003.
23. UNAIDS/WHO. AIDS epidemic update 2003. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization, 2003.
24. Abouzahr C, Wardlaw T. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva, World Health Organization, 2003.
25. The World Health Report 2004 - Changing history, Geneva 2004
26. Stanton C, Abderrahim N, Hill K. An assessment of DHS maternal mortality indicators. *Studies in Family Planning*, 2000; 31:111-23.
27. Miceli M, Di Lallo D La salute riproduttiva delle donne immigrate: uno studio nella città di Roma negli anni 1982-1992. *Epidemiologia e Prevenzione*, 20, 80-82, 1996.
28. Boltrini Rosaria, Di Cesare Miriam, Pennazza Franco, *Certificato di Assistenza al Parto (CeDap) analisi dell'evento nascita- anno 2002. Ministero della Salute, marzo 2004.*
29. ISTAT, *L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Statistiche in breve, 6 marzo 2000.*
30. Ministero della Sanità *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero — dati SDO 1999, Roma, febbraio 2001.*
31. A. Spinelli, M. Grandolfo, S. Donati, S. Andreozzi, C. Longhi, M. Bucciarelli, G. Baglio: "Gravidanza e parto tra le donne immigrate a Roma"; *Rapporto ISTISAN 03/6*;
32. Spinelli A, Grandolfo M, Donati S, Andreozzi S, Longhi C, Bucciarelli M, Baglio G *Assistenza alla nascita tra le donne immigrate; Rapporto ISTISAN 03/4 Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze (a cura di A. Morrone, A. Spinelli, S. Geraci, L. Toma e S. Andreozzi).*
33. Morrone A, Mazzali M, Pistolese A. (a cura di) *Oltre il colore della pelle. Italia crocevia di migranti e culture. Bagatto Libri Editore, Roma, pp. 274; 1999.*
34. Donati S., Spinelli A., Grandolfo M.E., Baglio G., Andreozzi S., Pediconi M., Salinetti S. (1999) *L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia. Annali dell'Istituto Superiore di Sanità; 35(2): 289-296.*
35. Morrone A. *Salute e società multiculturale. Raffaello Cortina Editore, Milano, pp. 256; 1995.*
36. Morrone A, Mazzali M. (a cura di) *Le stelle e la rana. La salute dei migranti: diritti e ingiustizie. Franco Angeli Editore, Milano, pp.242; 2000.*
37. Spinelli A, Baglio G, Donati S, Grandolfo ME, Andreozzi S, Geraci S, Baljovic V, Scassellati G, Ciminelli P, Pollastrini L, Marzano P.(1998) *Gravidanza, parto, puerperio: una ricerca su donne immigrate. Atti del convegno "Immigrati e salute sessuale riproduttiva: le risposte dei servizi"; 26-27 novembre 1998; Milano: 3 5-39.*