

La salute riproduttiva delle cittadine straniere nel Lazio

Emanuela MEDDA (a), Giovanni BAGLIO (b), Gabriella GUASTICCHI (b)
e Angela SPINELLI (a)

(a) Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(b) Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, Roma

Riassunto. - Il numero di donne straniere regolarmente soggiornanti nel Lazio è aumentato nel corso degli anni: 69 320 permessi di soggiorno nel 1992 e 119 778 nel 2000. L'analisi si riferisce alle dimissioni per parto con nato vivo, per interruzione volontaria di gravidanza e per aborto spontaneo. Le donne straniere sono state confrontate con tutte le donne residenti nel Lazio (italiane + straniere). Si è osservato un tasso di fecondità leggermente più elevato considerando il totale di tutte le residenti nel Lazio (38,0 nati vivi x 1000 donne 18-49 anni) ma è emersa una maggiore fecondità tra le donne straniere comprese tra i 18 e i 24 anni. Il rischio di ricorrere all'aborto volontario tra le straniere è risultato superiore (34,8 x 1000 donne rispetto a 10,5 tra tutte le residenti nel Lazio). Il rapporto di abortività spontanea è stato più elevato tra le cittadine straniere (213,8 x 1000 nati vivi contro 154,6). Emerge chiaramente l'aumento della domanda di prestazioni sanitarie nell'ambito riproduttivo da parte delle donne straniere e la necessità di modificare i servizi tenendo conto delle caratteristiche socio-sanitarie delle donne immigrate.

Parole chiave: emigrazione e immigrazione, Italia, gravidanza, aborto spontaneo, aborto procurato.

Summary (*Reproductive health of immigrant women in the Lazio region of Italy*). - The number of legal immigrant women living in the Lazio region of Italy has increased in recent years; there were 69 320 "permessi di soggiorno" (temporary residence permits) issued in 1992 but 119 778 issued in 2000. This analysis concerns women who left hospital after having a live birth, an induced abortion or a spontaneous abortion. The foreign women were compared with all (Italian and foreign) women living in Lazio. The general fertility rate is slightly higher among all women resident in Lazio than among the foreign women, but the latter have a higher rate at ages 18-24 years. The risk of induced abortion is higher (34.8/1000 women) among the foreigners than among all residents (10.5/1000 women). The spontaneous abortion ratio was also higher among the foreigners (213.8/1000 live births) than the residents (154.6/1000 live births). There is clear evidence of an increase in the demand from foreign women for medical services for reasons associated with reproduction. The provision of these services needs to be modified to take account of their particular needs.

Key words: emigration and immigration, Italy, pregnancy, spontaneous abortion, induced abortion.

Introduzione

Il numero di donne straniere regolarmente presenti nel Lazio è andato aumentando negli anni: secondo i dati dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) si è passati da 69 320 permessi di soggiorno rilasciati a donne straniere nel 1992 a 119 778 nel 2000, con un corrispondente aumento percentuale su tutta la popolazione straniera dal 45 al 49% [1, 2]. Al 1° gennaio 2000 le cittadine straniere iscritte nelle anagrafi del Lazio risultavano essere 103 567, pari al 4% della popolazione femminile residente [2]. Questa percentuale è la più elevata in Italia seguita dal 3% in Lombardia. Il 90% di queste donne risiede nella provincia di Roma [2, 3].

La provenienza delle donne straniere è molto varia, in gran prevalenza da paesi ad economia meno avanzata: 25% dall'Europa dell'Est, 26% dall'Asia, 13% dall'Africa e 15% dall'America Latina [2]. In particolare negli ultimi anni si è osservato un aumento delle cittadine provenienti dall'Europa centro-orientale.

Nel corso degli anni si è osservata una progressiva "familiarizzazione" dei flussi migratori, anche grazie alle nuove normative, con il ricongiungimento di coniugi e l'aumento dei matrimoni e delle nascite da cittadini stranieri. Da 16 422 permessi di soggiorno rilasciati per motivi familiari nel Lazio nel 1992 (pari al 12% di tutti i permessi) si è arrivati a 38 532 (16%) nel 2000 [2,4].

Le donne straniere regolarmente presenti sono generalmente in età riproduttiva (più del 60% di età compresa tra i 19 e i 40 anni). La gran parte sono nubili (58%) e il 37% sono coniugate [3].

Considerato il numero consistente di donne straniere nel Lazio e le loro caratteristiche demografiche, è aumentata da parte di questa popolazione la richiesta di prestazioni socio-sanitarie legate alla sfera riproduttiva. In questo articolo saranno analizzati i dati che si riferiscono alle dimissioni per parto con nato vivo, per interruzione volontaria di gravidanza (IVG) e per aborto spontaneo, raccolti nella Regione Lazio tramite i flussi informativi.

Materiali e metodi

I dati analizzati in questo lavoro sono relativi ai tre eventi più importanti legati alla sfera riproduttiva: nascita, interruzione volontaria di gravidanza e aborto spontaneo. Le informazioni relative alle dimissioni per ognuno di questi eventi sono quelle registrate nell'anno 2000 dal Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) dell'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio. Il SIO è al momento il sistema che offre maggiori garanzie di affidabilità, per completezza delle informazioni e livello di copertura.

Al fine di valutare la frequenza con cui si verificano gli eventi in rapporto alle dimensioni della popolazione di origine sono stati calcolati i tassi di fecondità (nati vivi/donne di età compresa tra i 18 e i 49 anni x 1000), i tassi di abortività volontaria (IVG/donne in età 18-49 anni x 1000) e i rapporti di abortività volontaria e spontanea (IVG o aborti spontanei/nati vivi x 1000). Per i confronti delle diverse fasce di età sono stati calcolati i tassi e i rapporti età-specifici. Per un'analisi più dettagliata, le donne immigrate sono state successivamente classificate come provenienti da paesi in via di sviluppo (PVS) e paesi a sviluppo avanzato (PSA). Un'ulteriore classificazione delle donne straniere, basata sempre sulla cittadinanza, ha permesso di aggregare le donne per area geografica. Il calcolo dei denominatori costituisce spesso negli studi epidemiologici un problema non trascurabile. Nel caso di indagini su popolazioni immigrate, a causa della mancanza di dati ufficiali, è ancora più difficile fare una stima che non sia troppo approssimativa.

La fonte principale di rilevazione della presenza straniera in Italia è rappresentata dai permessi di soggiorno, rilasciati dal Ministero dell'Interno ed elaborati dall'ISTAT. Naturalmente questo sistema di registrazione non è in grado di fornire dati attendibili sulla quota di clandestini e irregolari presenti nel territorio italiano. Bisogna inoltre ricordare che il numero reale di minori presenti è sicuramente sottostimato in quanto abitualmente questi vengono registrati nei permessi dei genitori.

Tenuto conto dei problemi esposti, per il calcolo dei tassi relativi alle donne immigrate, la popolazione in studio è stata ristretta alle donne di età compresa tra i 18 e i 49 anni presenti nel Lazio, in possesso del permesso di soggiorno, per quanto riguarda il denominatore; e a tutte le donne con cittadinanza straniera di età 18-49 anni che hanno sperimentato uno degli eventi in studio, per il numeratore. Appare chiaro come i tassi così calcolati siano sovrastimati, in quanto non è possibile escludere dal numeratore gli eventi riferibili a donne ricoverate nel Lazio senza permesso di soggiorno.

Per quanto concerne, invece, la stima dei tassi e dei rapporti per la popolazione di confronto si è deciso di considerare tutte le donne in età feconda residenti nel Lazio (cittadine italiane e non). Appare evidente che un confronto dei tassi e dei rapporti con la popolazione italiana del Lazio sarebbe stato più esauriente, ma i dati a disposizione non consentivano di differenziare le donne residenti con cittadinanza italiana da quelle straniere. È però vero che, considerato il numero esiguo di ricoveri per nascita o aborti spontanei di donne straniere residenti, il tasso "complessivo" può essere interpretato come quello della popolazione italiana residente nel Lazio. Particolare attenzione va invece posta nell'interpretazione dei tassi di abortività volontaria, in quanto la quota di IVG a carico di donne straniere appare piuttosto consistente e quindi il dato di tutte le residenti nel Lazio può essere sovrastimato.

Inoltre, dopo aver suddiviso la popolazione in studio in due gruppi, donne straniere e donne italiane, sulla base della cittadinanza della madre riferita al momento del ricovero sono state calcolate le frequenze percentuali delle più importanti caratteristiche socio-demografiche delle donne (età, titolo di studio, stato civile e numero di figli) e delle modalità di svolgimento del parto o dell'aborto (settimane di gestazione, tipo e luogo di intervento).

In conclusione, per una comprensione globale del fenomeno, i risultati ottenuti per il gruppo di donne straniere sono stati confrontati con quelli delle sole donne italiane nel caso delle frequenze percentuali e con tutte le donne (italiane e straniere) residenti nel Lazio nel caso dei tassi e rapporti.

Risultati

Nati vivi

Delle 48748 dimissioni per parto con nato vivo registrate complessivamente nel Lazio nell'anno 2000, 46895 erano a carico di donne residenti in regione. Suddividendo le dimissioni in base alla cittadinanza della madre si osserva come 45510 riguardavano donne italiane e 3236 donne con cittadinanza straniera (2 casi non contenevano questa informazione).

Nella Tab. 1 sono riportati i tassi di fecondità grezzi e quelli età-specifici (per 1000 donne di età 18-49 anni) calcolati per le donne straniere e per tutte le donne residenti nel Lazio.

Il tasso di fecondità generale è risultato leggermente più elevato nel gruppo delle donne residenti nel Lazio (38,0 nati vivi x 1000 donne 18-49 anni, rispetto a 34,5 x 1000 tra le sole straniere).

Se si considera la distribuzione per età si osserva che le donne immigrate tendono ad avere figli quando sono più giovani. Infatti, il tasso più alto si registra nella classe di età 20-24 anni (65,6 x 1000 donne), mentre per le donne residenti nel Lazio si osserva una maggiore fecondità nelle fasce di età 25-29 anni (68,2 x 1000 donne) e 30-34 anni (79,6 x 1000 donne). Se si considera la suddivisione della popolazione in studio per paese di origine appare evidente come i PVS forniscano il maggior contributo, con un tasso pari a 36,3 x 1000 donne 18-49 anni rispetto a 24,2 nei PSA.

La stima dei tassi di fecondità calcolati per area geografica mostra come le donne che provengono dall'Africa centro-meridionale e orientale hanno tassi più bassi (rispettivamente 16,9 e 18,5 x 1000), mentre tra le donne dell'Africa settentrionale si registrano i tassi più elevati (66,6 x 1000).

La ripartizione per titolo di studio e per cittadinanza ha evidenziato una maggiore percentuale di donne con diploma o laurea tra le italiane (55,6% contro il 42% delle straniere). Per quanto riguarda l'attività lavorativa, il 50% delle straniere si dichiara casalinga e il 18,1% senza occupazione. La percentuale di occupate tra le straniere che hanno partorito risulta, da questi dati, sensibilmente inferiore rispetto alle italiane (27,4% e 44,9% rispettivamente).

Esaminando la professione nel dettaglio emerge che tra le italiane prevalgono le impiegate della pubblica amministrazione o altri servizi privati, mentre tra le straniere le operaie e le lavoratrici a domicilio, che comprendono le collaboratrici domestiche.

Per quanto concerne il ricorso ad accertamenti speciali nel corso della gravidanza (Tab. 2), i dati confermano un minore ricorso delle donne straniere a esami quali l'amniocentesi e il prelievo dei villi coriali. Come si può osservare, l'81,2% delle straniere contro il 66,2% delle italiane riferisce di non aver fatto nessun accertamento. Bisogna sottolineare che la differenza osservata non è spiegabile con la diversa composizione per età dei due gruppi. Infatti, l'analisi stratificata per età conferma queste differenze.

Come indicato nella Tab. 2 l'analisi per settimana gestazionale al momento del parto ha mostrato una percentuale di nati vivi pretermine maggiore tra le straniere, con una differenza statisticamente significativa ($\chi^2 = 14,4$ $p < 0,01$). La percentuale di parti con nato vivo in epoca molto precoce (prima della 33° settimana) è del 2,0% tra le straniere contro l'1,3% nelle italiane.

Un risultato di grande interesse riguarda la percentuale di ricorso al taglio cesareo: l'8,3% delle straniere e ben il 16,2% delle italiane è stato sottoposto ad un cesareo d'elezione per un parto con nato vivo nel Lazio durante il 2000. Questo dato risulta ancora più basso tra alcuni gruppi di straniere, ad esempio il 3,3% tra le cittadine del Marocco, il 3,9% tra le rumene e il 5,1% tra le cinesi. La differenza osservata tra italiane e straniere è ancora più preoccupante se si considera che per il ricorso al taglio cesareo d'urgenza il dato nei due gruppi è molto simile: 21,1% tra le straniere e 19,4% tra le italiane.

Tabella 1. - Tassi di fecondità per classi di età e cittadinanza. Lazio, 2000

Classi di età (anni)	Straniere			Residenti nel Lazio (a)		
	Nati vivi	Donne 18-49 anni	Tasso di fecondità	Nati vivi	Donne 18-49 anni	Tasso di fecondità
18-19	91	1838	49,5	487	54340	9,0
20-24	749	11424	65,6	4482	159526	28,1
25-29	1053	20576	51,2	13711	200929	68,2
30-34	838	21228	39,5	17791	223567	79,6
35-39	388	16746	23,2	8824	220320	40,0
40-44	74	12295	6,0	1496	193729	7,7
≥ 45	7	8564	0,8	104	181223	0,6
Totale	3200	92671	34,5	46895	1233634	38,0
Paesi a sviluppo avanzato	326	13490	24,2			
Paesi in via di sviluppo	2874	79165	36,3			

(a) Cittadine italiane e straniere.

Tabella 2. - Donne dimesse per parto con nato vivo per cittadinanza della madre. Lazio, 2000

	Straniere		Italiane	
	n.	(%)	n.	(%)
Accertamenti speciali				
Nessuno	2614	81,2	30050	66,2
Amniocentesi	195	6,1	8924	19,7
Villi coriali	24	0,8	399	0,9
Altro	387	12,0	6007	13,2
Settimana gestazionale				
22-32 settimane	65	2,0	566	1,3
33-36 settimane	205	6,3	2437	5,4
≥ 37 settimane	2962	91,7	42444	93,4
Tipo di parto				
Spontaneo	2108	65,1	26998	59,3
Pilotato con farmaci	50	1,6	1086	2,4
Pilotato amniorexis	37	1,1	318	0,7
Cesareo elettivo	267	8,3	7365	16,2
Cesareo d'urgenza	684	21,1	8840	19,4
Forcipe	14	0,4	147	0,3
Ventosa	74	2,3	724	1,6
Altro	2	0,1	32	0,1

Tabella 3. - Tassi e rapporti di abortività volontaria per classi di età e cittadinanza. Lazio, 2000

Classi di età (anni)	Straniere			Residenti nel Lazio (a)		
	IVG (*)	Tasso x 1000 donne 18-49 anni (b)	Rapporto x 1000 nati vivi (b)	IVG (*)	Tasso x 1000 donne 18-49 anni (b)	Rapporto x 1000 nati vivi (b)
18-19	123	66,9	1351,7	767	14,1	1575,0
20-24	747	65,4	997,3	2691	16,9	600,4
25-29	960	46,7	911,7	3169	15,8	231,1
30-34	810	38,2	966,6	3020	13,5	169,8
35-39	443	26,5	1141,8	2351	10,7	266,4
40-44	131	10,7	1770,3	931	4,8	622,3
≥ 45	8	0,9	1142,9	77	0,4	740,4
Totale	3222	34,8	1006,9	13006	10,5	277,3
Paesi a sviluppo avanzato	124	9,2	380,4			
Paesi in via di sviluppo	3098	39,1	1078,0			

(*) IVG: interruzione volontaria di gravidanza. (a) Cittadine italiane e straniere. (b) Per il calcolo dei tassi e dei rapporti sono state utilizzate le popolazioni riportate in Tab. 1.

Interruzioni volontarie di gravidanza (IVG)

Durante il 2000 nel Lazio sono state registrate 11 811 dimissioni per IVG a carico di donne italiane e 3253 a carico di donne straniere (in 142 casi l'informazione sulla cittadinanza era mancante). Complessivamente dunque sono state 15206 dimissioni per IVG (di queste 13 006 a carico di donne residenti nel Lazio).

Dalla Tab. 3 emerge chiaramente come le donne straniere ricorrono all'IVG molto più frequentemente del totale delle donne residenti. Il tasso di abortività generale (il migliore indicatore della tendenza al

ricorso all'IVG) delle straniere risulta, infatti, circa tre volte superiore a quello delle residenti (34,8 x 1000 contro 10,5 x 1000 donne 18-49 anni). Per una corretta interpretazione di questo risultato bisogna ricordare che il confronto con il totale della popolazione residente può risentire della consistente quota di IVG effettuate da donne straniere. Se il confronto potesse essere fatto solo con le donne italiane, le differenze risulterebbero ancora più marcate.

La stima dei tassi specifici per età mostra come il rischio di ricorrere all'IVG tra le straniere è sensibilmente più elevato nelle prime fasce di età e

diminuisce gradualmente all'aumentare dell'età della donna. Al contrario, dall'analisi della popolazione residente emerge la minore tendenza all'aborto volontario tra le giovanissime.

Se si considerano separatamente i tassi e i rapporti dei paesi a sviluppo avanzato e quelli in via di sviluppo, si nota che i valori relativi ai PSA sono simili a quelli di tutte le donne residenti nel Lazio, mentre quelli dei PVS sono molto più elevati (il tasso di abortività è pari a 39,1 x 1000 donne).

Anche il rapporto di abortività volontaria (IVG x 1000 nati vivi) risulta più elevato tra le straniere con un andamento per classi di età simile tra straniere e italiane (valori più alti tra le giovanissime e le donne con più di 34 anni).

Inoltre, se si analizzano i dati aggregati per area geografica, si può notare un tasso di abortività particolarmente elevato nei paesi dell'Europa centro-orientale, dell'America centro-meridionale, dell'Asia occidentale e dell'Africa centro-meridionale.

Di seguito vengono riportati i risultati relativi al confronto donne italiane-donne straniere. Le caratteristiche socio-demografiche delle donne con cittadinanza straniera che più frequentemente ricorrono all'IVG si discostano leggermente da quelle della popolazione italiana. In particolare, le donne straniere sono prevalentemente coniugate (48% contro 42%), con un livello medio-basso di istruzione e almeno un figlio (56,8% contro 44,4%).

Come riportato nella Tab. 4 i comportamenti delle donne straniere differiscono significativamente da quelli delle donne italiane per quanto riguarda le strutture a cui si rivolgono per la richiesta della certificazione e il luogo scelto per l'intervento. Infatti, notevoli differenze si sono osservate nella percentuale di donne che ricorrono al medico di fiducia (8,2% tra le straniere e 22,6% tra le italiane) e al servizio ostetrico-ginecologico dell'istituto di cura (39% contro 27%). E' sempre vero, comunque, che sia le donne straniere che le italiane nel Lazio si rivolgono prevalentemente al Consultorio Familiare per avere la certificazione.

Le informazioni relative alla settimana gestazionale, riportate nella Tab. 4, mostrano come nel complesso il 25,4% e il 35,5% delle straniere e delle italiane rispettivamente abortiscono prima della 9° settimana. Il ritardo relativo alla settimana gestazionale al momento dell'intervento appare ancora più marcato tra la 11° e la 12° settimana (29,9% tra le straniere e 19,3% tra le italiane).

Relativamente al tipo di anestesia utilizzato è emerso come il 59% delle donne italiane è stato sottoposto ad anestesia generale contro il 42% delle straniere.

Nella scelta del luogo di intervento entrambi i gruppi prediligono l'istituto di cura pubblico, con pochissime donne straniere (0,9%) che si rivolgono

alle case di cura accreditate (Tab. 4). In particolare la gran maggioranza delle donne nel Lazio effettua l'IVG a Roma, con un valore massimo all'Ospedale San Camillo (16% delle dimissioni tra le italiane e 35% di quelle tra le straniere).

Aborto spontaneo

Il Sistema Informativo Ospedaliero del Lazio nel 2000 relativamente all'aborto spontaneo ha registrato nel complesso 7687 dimissioni (7248 hanno riguardato donne residenti nel Lazio): 6959 a carico di donne italiane e 688 di donne straniere (per 40 non si avevano informazioni sulla cittadinanza).

Come riportato nella Tab. 5, sono stati calcolati i rapporti di abortività al fine di studiare il fenomeno in relazione al totale delle gravidanze portate a termine. Il rapporto stimato è risultato più alto tra le straniere (213,8 x 1000 nati vivi) rispetto alle residenti nel Lazio (154,6 x 1000 nati vivi). Vale la pena sottolineare che, a differenza di tutti gli altri eventi considerati, l'abortività spontanea sembra essere un fenomeno più frequente tra le donne che provengono dai PSA rispetto a quelle dei PVS.

I nostri dati sulle donne straniere e sulle residenti stratificati per età non si discostano da quanto noto in letteratura: il rischio di aborto spontaneo aumenta con l'età della madre e in particolare dopo i 35 anni è 2-4 volte più elevato che nei gruppi più giovani. Nella Tab. 5 si osserva un graduale incremento all'aumentare dell'età della donna, tranne che tra le giovanissime per le quali i valori sono, come osservato in altri studi, più elevati rispetto alle donne di età compresa tra i 20 e i 34 anni.

Se si analizzano i dati disaggregati per area geografica, i rapporti di abortività spontanea più elevati si registrano tra i paesi dell'Africa occidentale (467,4 x 1000 nati vivi) e dell'Africa centro-meridionale (421,1 x 1000 nati vivi); seguono le donne dell'America settentrionale con un rapporto di abortività pari a 280 x 1000.

Per quanto riguarda le caratteristiche socio-demografiche delle donne straniere confrontate con quelle italiane, si evidenzia una distribuzione per numero di figli sovrapponibile. Tra le straniere si è osservata una percentuale più elevata di donne con livello di istruzione basso e di nubili (34,5% contro 17,4%). Risulta, inoltre, che il 37,7% delle donne straniere e il 47,9% delle italiane dichiarano di svolgere un'attività lavorativa nel nostro paese. Dall'esame del tipo di professione svolta non emergono particolari relazioni tra attività lavorativa e abortività spontanea. Infatti, il 40% delle donne italiane si è dichiarato impiegato nella pubblica amministrazione o nei servizi privati e il 45% delle straniere svolgeva un lavoro come operaia e lavoratrice a domicilio, inclusa la collaboratrice domestica.

Tabella 4. - Donne dimesse per aborto volontario (IVG), per cittadinanza della donna. Lazio, 2000

	Straniere		Italiane	
	n.	(%)	n.	(%)
Settimana di gestazione				
5-8 settimane	827	25,4	4 193	35,5
9-10 settimane	1 439	44,2	5 139	43,5
11-12 settimane	973	29,9	2 276	19,3
≥ 13 settimane	14	0,4	201	1,7
Certificazione				
Consultorio familiare pubblico	1 630	50,2	5 678	48,1
Medico di fiducia	267	8,2	2 672	22,6
Serv. ostet. ginecologico di Istituto di cura	1 264	38,9	3 184	27,0
Altra struttura sanitaria	89	2,7	264	2,2
Mancante per pericolo di vita della donna	0	0,0	2	0,0
Luogo di intervento				
Ambulatorio pubblico	114	3,5	327	2,8
Istituto di cura pubblico	3 108	95,5	10 683	90,5
Casa di cura	29	0,9	798	6,8
Altro	2	0,1	3	0,0

Tabella 5. - Rapporti di abortività spontanea per classi di età e cittadinanza. Lazio, 2000

Classi di età (anni)	Straniere			Residenti nel Lazio (a)		
	Aborti spontanei	Nati vivi	Rapporto x 1000 nati vivi	Aborti spontanei	Nati vivi	Rapporto x 1000 nati vivi
18-19	20	91	219,8	85	487	174,5
20-24	106	749	141,5	528	4 482	117,8
25-29	187	1 053	177,6	1 548	13 711	112,9
30-34	147	838	175,4	2 318	17 791	130,3
35-39	152	388	391,8	1 888	8 824	214,0
40-44	65	74	878,4	793	1 496	530,1
≥ 45	7	7	1000,0	88	104	846,2
Totale	684	3 200	213,8	7 248	46 895	154,6
Paesi a sviluppo avanzato	80	326	245,4			
Paesi in via di sviluppo	604	2 874	210,2			

(a) Cittadine italiane e straniere.

Se si considera la settimana gestazionale si osserva che per le italiane l'88,3% degli aborti si verifica entro la 12^a settimana di gestazione, mentre per le straniere la percentuale è leggermente inferiore (80,7%).

Discussione

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.

Il calcolo dei rapporti di mortalità materna (per 100 000 nati vivi) fornisce una misura valida del numero di donne decedute per motivi collegati alla

gravidanza e soprattutto al parto. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha prodotto delle stime che per l'Africa vanno da 50 x 100 000 nati vivi nelle Mauritius a 1100 x 100 000 nella Repubblica Centrafricana; per l'Asia si passa da 3 x 100 000 negli Emirati Arabi Uniti a 650 x 100 000 nella Repubblica Popolare Democratica di Lao; e per l'America Latina da 21 x 100 000 in Uruguay fino a 390 x 100 000 in Bolivia. Lo stesso rapporto è pari a 6 x 100 000 in Italia, in Francia e in Gran Bretagna, 8 x 100 000 negli USA e 2 x 100 000 in Canada [5].

Per quanto riguarda la mortalità infantile (morti entro il primo anno di vita rispetto a 1000 nati vivi), il valore medio tra i PVS è di 63 x 1000 rispetto a 9 x 1000 nei PSA.

Anche tra gli immigrati provenienti dai paesi a economia meno avanzata, i fattori di rischio della povertà e dell'emarginazione sociale si associano ad un più alto rischio di esiti negativi per la salute della donna in gravidanza, rispetto alla popolazione ospitante [6, 7]. Se si considerano la giovane età, la multiparità, l'alta prevalenza di anemie, di infezioni dell'apparato genito-urinario, e soprattutto il disagio interculturale e le condizioni socio-economiche precarie, si traccia il profilo di una popolazione altamente esposta alle malattie e alle complicanze [8]. 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 [9].

I pochi dati disponibili in letteratura sulla realtà del nostro paese confermano la presenza di maggiori esiti negativi alla nascita e di difficoltà nell'assistenza ricevuta per le donne straniere in gravidanza. Da un'analisi dei dati nazionali l'ISTAT ha calcolato per il 1994 un tasso di natimortalità pari a 6,6 x 1000 per le coppie straniere a fronte del 4,9 x 1000 per le coppie padre italiano/madre straniera e 4,1 per le coppie italiane [4].

Simili risultati sono stati osservati nel Lazio nel periodo 1992-96: vi sono stati 7,4 nati morti x 1000 nati in caso di madre straniera rispetto a 3,5 tra le italiane [6, 7]. Differenze sono state riscontrate anche nella mortalità neonatale (9,3 bambini morti nei primi 28 giorni di vita x 1000 nati vivi da madre straniera rispetto a 4,4 x 1000 tra le italiane) e quella post-neonatale (2,6 morti x 1000 nati vivi con madre straniera e 1,3 x 1000 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 PVS (8,5%) in confronto a quella calcolata per i nati da madre nata nel Lazio (5,2%) o in PSA (4,4%).

Uno studio per valutare le condizioni di salute alla nascita è stato condotto in 33 punti nascita di 25 città italiane nel 1996-97 [10]: 2424 neonati con genitori extracomunitari sono stati confrontati con 4848 con genitori entrambi italiani. I nati pretermine (età gestazionale inferiore a 37 settimane) sono risultati essere il 14,8% dei neonati extracomunitari e l'11,9% degli italiani. La percentuale di bambini a basso peso alla nascita è stata 9,7% tra i neonati extracomunitari e 6,8% nei controlli. Le corrispondenti percentuali di nati con peso inferiore o uguale a 1500 g sono state 2,4% e 1,2%. I neonati con genitori extracomunitari hanno presentato asfissia neonatale in percentuale superiore ai controlli (2,3% e 1,2%). Anche i tassi di natimortalità e di mortalità neonatale precoce sono

risultati più elevati tra i figli degli extracomunitari: 3,7 nati morti x 1000 nati rispetto a 2,7 tra i neonati con genitori italiani e 7,9 bambini morti nella prima settimana di vita x 1000 nati vivi tra i neonati extracomunitari e 1,9 tra gli italiani.

Infine uno studio su 150 donne provenienti da paesi in via di sviluppo è stato condotto dal Reparto di Indagini Campionarie di Popolazione del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità per valutare l'assistenza in gravidanza [11]: 74 donne extracomunitarie, prevalentemente irregolari, seguite presso 4 centri di volontariato romani e 76 donne extracomunitarie, con permesso di soggiorno, che avevano partorito nel Reparto di Clinica Ostetrica del Policlinico "Umberto I" di Roma sono state confrontate con un campione di 9004 donne italiane [12].

Marcate differenze sono state osservate tra i tre gruppi sul piano delle conoscenze. Si è evidenziata una grave carenza di informazioni da parte delle donne extracomunitarie rispetto alle opportunità medico-assistenziali e, più in generale, di supporto psico-sociale che le strutture sanitarie pubbliche offrono alle donne in gravidanza. Ad esempio, oltre il 60% delle straniere non aveva ricevuto informazioni sufficienti sulla possibilità di effettuare una diagnosi prenatale, rispetto al 31% delle italiane. Inoltre, il 67% delle extracomunitarie ha dichiarato di non avere avuto alcuna informazione sull'utilizzo di metodi contraccettivi in puerperio, rispetto al 40% delle italiane.

Sul piano degli atteggiamenti, la distanza tra i gruppi è risultata meno marcata, probabilmente perché le attitudini più direttamente collegabili al ruolo materno sono patrimonio comune di tutte le donne, indipendentemente dallo stato sociale e dai condizionamenti esterni.

Infine, sul piano dei comportamenti, le distanze tra i gruppi tornano a farsi marcate. I comuni indicatori di utilizzo dei servizi in gravidanza confermano per le donne extracomunitarie il rischio di una sorveglianza prenatale ridotta. Il *follow-up* tende a iniziare con un ritardo di circa un mese per le donne immigrate e la cadenza dei controlli appare notevolmente più diradata.

L'indagine, con ulteriori sezioni di approfondimento della tematica, è stata ripetuta nel 2000-2001 per poter valutare eventuali modificazioni. I risultati preliminari dello studio indicano per le straniere un miglioramento dell'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio, anche se permangono delle differenze rispetto alle italiane [13].

Per quanto riguarda l'interruzione volontaria di gravidanza, esistono alcune analisi effettuate dall'ISTAT e dall'Istituto Superiore di Sanità sui dati raccolti a livello nazionale [14, 15]. Si è osservato che le donne immigrate presentano un rischio maggiore di ricorso all'IVG, in particolare tra le giovani, spiegabile

con le condizioni di vita disagiate in cui queste donne vivono e con l'area di provenienza. Infatti molte delle immigrate giungono da paesi in cui l'IVG è più frequente che in Italia (ad esempio il tasso di abortività volontaria in Romania nel 1996 era pari a 78 x 1000 rispetto a 11 x 1000 in Italia).

I dati sull'aborto spontaneo tra le straniere in Italia sono stati recentemente analizzati dall'ISTAT. Lo studio ha evidenziato una proporzione di abortività spontanea, n. aborti spontanei / (n. nati + n. aborti spontanei + una quota delle interruzioni volontarie di gravidanze) x 1000, minore rispetto alle italiane: 97,1 x 1000 tra le donne provenienti da PVS, 99,4 x 1000 per i PSA e 102,8 x 1000 tra le italiane [16]. L'applicazione di un modello di regressione logistica ha permesso di analizzare il diverso contributo delle variabili socio-demografiche e di quelle relative alla storia riproduttiva nello spiegare il rischio di aborto spontaneo. Le autrici concludono che "l'elevato ricorso delle straniere all'interruzione volontaria di gravidanza di fatto impedisce che queste donne possano subire un aborto spontaneo. Infatti in media il numero di settimane di gestazione in cui avviene l'IVG è più basso (circa pari a 8) di quello in cui si verifica l'aborto spontaneo (circa 10). Quindi coloro che hanno deciso di interrompere la gravidanza, qualora l'avessero proseguita, potrebbero aver avuto un aborto spontaneo".

In questo capitolo si è cercato di analizzare questi tre fenomeni della salute riproduttiva nell'ambito della regione Lazio. I risultati relativi alle dimissioni per parto con nato vivo nell'anno 2000 non si discostano da quanto osservato negli anni passati in Italia. Si confermano le differenze di età tra le donne straniere e italiane al momento del parto, così come una percentuale più elevata di nati pretermine e una percentuale più bassa di accertamenti speciali per la diagnosi prenatale nel corso della gravidanza tra le cittadine straniere.

Anche i dati sulle IVG sono in accordo con gli andamenti a livello nazionale. Dall'analisi dei flussi della regione Lazio emerge chiaramente la sproporzione nel ricorso all'IVG delle donne straniere rispetto alle italiane. Infatti, il tasso di abortività volontaria complessivo (cittadine italiane e non) registrato è pari a 10,5 x 1000 e quello relativo alle sole donne straniere è di 34,8 x 1000 donne. Inoltre, si è osservato come il 96% delle IVG delle straniere sia a carico di donne provenienti dai PVS con un tasso di 39,1 x 1000 contro 9,2 x 1000 dei PSA. In particolare sono state evidenziate alcune aree geografiche di provenienza a maggior rischio di aborto volontario, quali l'Europa centro-orientale, l'America centro-meridionale, l'Asia occidentale e l'Africa centro-meridionale. Oltre alle differenze socio-demografiche, dal nostro studio sono emerse differenze nell'accesso alle strutture sanitarie.

Per quanto concerne invece l'abortività spontanea, il dato è differente da quello osservato a livello nazionale, con un rischio maggiore tra le straniere. Ciò potrebbe essere dovuto al diverso indicatore utilizzato (rapporto di abortività rispetto a proporzione) o ad una peculiarità regionale. Per le altre caratteristiche prese in considerazione non si evidenziano differenze rilevanti tra le cittadine italiane e quelle straniere.

Conclusioni

In conclusione la presenza di donne straniere, provenienti in particolare da aree povere del mondo, rappresenta una realtà del Lazio. Secondo i dati ufficiali [2, 3] più di 100.000 donne straniere erano presenti in questo territorio nel 2000. Queste donne sono in prevalenza giovani e in buone condizioni di salute. Tuttavia l'immigrata è generalmente esposta a tutta una serie di fattori di rischio per la salute, come evidenziato da numerosi studi epidemiologici che indicano nella povertà e nell'emarginazione i due principali determinanti delle malattie degli immigrati.

La complessità della "rete causale" chiama in causa la condizione giuridica e la posizione sociale (la mancanza del permesso di soggiorno si associa a uno stato di precarietà economica e di disadattamento), ma anche l'estraneità dai consueti circuiti dell'informazione (si pensi a quanto sia importante l'informazione nei programmi di educazione alla salute) e l'impossibilità di accesso ai servizi socio-sanitari.

Anche durante la gravidanza, il parto e il puerperio le donne immigrate provenienti da PVS si trovano in queste condizioni. Il quadro che emerge dall'analisi dei dati delle dimissioni per parto con nato vivo, per IVG e per aborto spontaneo conferma il dato di una popolazione con carenza di conoscenze dei percorsi sanitari e conseguente difficoltà di accesso alle strutture (vedi ad esempio il minor ricorso ad accertamenti speciali in gravidanza e il ritardo nell'effettuazione dell'IVG). Inoltre queste donne, a causa delle proprie condizioni di vita, sembrano avere maggiori difficoltà a controllare la propria fecondità e quindi si trovano costrette ad interrompere delle gravidanze non desiderate.

Gli operatori e le operatrici dei servizi sanitari regionali sempre più evidenziano l'incremento della domanda di prestazioni socio-sanitarie da parte della popolazione straniera e, in alcuni casi, la loro difficoltà a soddisfarla in maniera esauriente. A questo proposito alcuni esperti sulle tematiche dell'immigrazione [17], peraltro in linea con quanto sostenuto nel Piano Sanitario Regionale del Lazio 2002-2004 [18], sottolineano la necessità di provvedere a un "riorientamento" complessivo dei servizi. Si intende con ciò sia un ripensamento dell'organizzazione interna del

servizio sulla base delle dimostrate esigenze della sua potenziale utenza (come l'apertura di alcuni servizi in fascia oraria pomeridiana e, in particolare, nella giornata del giovedì, la disponibilità di servizi di interpretariato, lo sviluppo del lavoro di gruppo multidisciplinare e lo stimolo all'integrazione sociosanitaria), sia una sua effettiva apertura all'esterno, in raccordo con le altre strutture del volontariato e del privato sociale afferenti al medesimo territorio.

Per quanto riguarda questo secondo aspetto si tratta di creare, inoltre, una rete informativa in grado di connettere i vari organismi che lavorano sul territorio al fine di attuare un monitoraggio dei bisogni di salute degli immigrati e di individuare le principali aree critiche su cui implementare nuovi modelli di intervento. Particolare attenzione andrebbe rivolta all'individuazione dei bisogni di salute insoddisfatti e delle opportunità mancate e alla capacità del sistema di garantire una adeguata continuità assistenziale.

Gli operatori dei servizi dovrebbero cercare di raggiungere gli immigrati, e in generale tutte le popolazioni a maggior rischio di eventi negativi, anche al di fuori delle proprie strutture fisiche, andando ad esempio nei luoghi dove queste popolazioni si incontrano. Una difficoltà certamente deriva dall'eterogeneità dell'immigrazione in Italia. Ad esempio la dimissione per parto con nato vivo nel Lazio nel 2000 ha riguardato donne provenienti da 109 paesi, le cui culture e costumi sono spesso molto diversi.

Un elemento essenziale affinché si possa attuare questo cambiamento di orientamento dei servizi è la formazione degli operatori che è spesso scarsa e lacunosa, persino sulla normativa vigente che regola le diverse possibilità e modalità di accesso alle prestazioni per gli stranieri.

Ringraziamenti

Si ringraziano Silvia Andreozzi per la collaborazione tecnica, Mauro Bucciarelli per il supporto informatico e Simona Mascia per il contributo fornito nella gestione dei dati.

Ricevuto il 30 luglio 2002.

Accettato il 24 ottobre 2002.

BIBLIOGRAFIA

1. Istituto Nazionale di Statistica. *La presenza straniera in Italia: caratteristiche demografiche*. Roma: ISTAT; 2000. (Informazioni, 7).
2. Istituto Nazionale di Statistica. *La presenza straniera in Italia: caratteristiche demografiche*. Roma: ISTAT; 2001. (Informazioni, 31).
3. Caritas di Roma. *Immigrazione. Dossier statistico 2001. XI Rapporto sull'immigrazione*. Roma: Edizioni Nuova Anterem; 2001.
4. Istituto Nazionale di Statistica. *La presenza straniera in Italia negli anni '90*. Roma: ISTAT, 1998. (Informazioni, 61).
5. United Nations Population Fund (UNFPA). *Lo stato della popolazione nel mondo 2000*. (Edizione italiana a cura di AIDOS). Roma: A. Palombi; 2000.
6. Miceli M, Di Lallo D. La salute riproduttiva delle donne immigrate: uno studio nella città di Roma negli anni 1982-1992. *Epid Prev* 1996;20:80-2.
7. Motta F. La salute degli zingari. In: Geraci S, Malsano B, Motta F (Ed.). *Salute zingara*. Roma: Edizioni Anterem; 1998. p. 65-105.
8. Tolino A. La tutela sanitaria sulla procreazione e la tutela della maternità e dell'infanzia. In: Cambri S, Tarantino G (Ed.). *Educazione sanitaria*. Milano: Mediserve; 1992. p. 65-92.
9. Biraghi P, Paci E. Esito della gravidanza nelle donne straniere in tre ospedali milanesi. In: Favaro G, Tognetti Bordogna M (Ed.). *Marginalità e società*. Milano: Franco Angeli; 1994. p. 149-55.
10. Bona G, Zafferoni M. Gruppo di lavoro "Bambino Immigrato". Stato di salute dei neonati figli di immigrati. *Riv Ital Pediatr* 1998;24:713-8.
11. Spinelli A, Baglio G, Donati S, et al. Gravidanza, parto, puerperio: una ricerca su donne immigrate. In: *Atti del convegno "Immigrati e salute sessuale riproduttiva: le risposte dei servizi"*. Milano: UICEMP; 1998. p. 35-9.
12. Donati S, Spinelli A, Grandolfo ME, et al. L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia. *Ann Ist Super Sanita* 1999;35(2):289-96.
13. Spinelli A, Grandolfo ME, Donati S, et al. L'assistenza alla nascita dopo l'introduzione delle nuove normative. In: Affronti M, Lupo M, Messina MR (Ed.). *Atti del convegno "Tertio millennio ineunte: migration, new scenarios for old problems"*. Erice, 19-22 maggio 2002. p. 6-11.
14. Spinelli A, Boccuzzo G. L'interruzione volontaria di gravidanza tra le straniere immigrate in Italia. In: Affronti M, Lupo M, Messina MR (Ed.). *Untori e unti: dall'esotismo alla realtà. Atti (Supplemento) del Convegno "VI Consensus Conference sulla Immigrazione e IV Congresso Nazionale Società Italiana di Medicina delle Migrazioni"*. Palermo, 25-28 maggio 2000. p. 83-6.
15. Spinelli A, Donati S, Grandolfo ME, Baglio G. Maternità e aborto volontario tra le donne immigrate in Italia. In: *Atti del Convegno "XXIV Riunione annuale - Associazione Italiana di Epidemiologia"*. Roma, 18-21 ottobre 2000. Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2000. p. 41.
16. Burgio A, Silvestri I. Caratteristiche dell'ospedalizzazione degli immigrati provenienti dai paesi a forte pressione migratoria e la salute riproduttiva delle donne straniere. In: *Atti del "7° Seminario Internazionale di Geografia Medica - Salute e migrazione"*. Verona, 2001 (in corso di stampa).
17. Geraci S, Marceca M. Donne e bambini immigrati. In: Geddes M, Berlinguer G (Ed.). *La salute in Italia. Rapporto 1998*. Roma: Ediesse; 1998. p. 43-76.
18. Regione Lazio-Assessorato alla Sanità, Agenzia di Sanità Pubblica. *Indirizzi per la Programmazione Sanitaria Regionale: triennio 2002-2004. Piano Sanitario Regionale*. Roma, 2002.