

Immigrazione: Aspetti epidemiologici e impatto clinico

Dr. Angela Spinelli

Istituto Superiore di Sanità, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica
Viale Regina Elena 299, 00161 Roma
Tel. 06-49902539 Fax. 06-49387069 e-mail spinelli@iss.it

Introduzione

Negli ultimi 10 anni il numero di donne straniere residenti o domiciliate in Italia è notevolmente aumentato. Se nel 1991 le stime parlano di 260.000 donne straniere nel nostro Paese, questo valore è stato pari a 635.729 all'inizio del 2001 (1,2). Esse rappresentano il 2,1% della popolazione femminile residente (italiana o non) e risiedono prevalentemente al Nord Italia (53,0%), meno al Centro (32,6%) e al Sud (14,4%).

Queste donne sono generalmente giovani (più del 65% di età compresa tra i 19 e i 40 anni) e, quindi, in età riproduttiva. La loro provenienza è molto varia, in prevalenza da paesi ad economia meno avanzata: 27% dall'Europa dell'Est, 20% dall'Asia, 19% dall'Africa e 13% dall'America Latina (2).

In seguito all'aumento della presenza della popolazione straniera e dei ricongiungimenti familiari, dal 1980 ad oggi si è registrato un aumento da circa 5.000 a 30.000 nati da almeno un genitore straniero (5-6% del totale dei nati). La gran parte di questi bambini hanno entrambi i genitori stranieri. Nel 1999 i nati con genitori entrambi stranieri sono stati 21mila.

Assistenza alla nascita

Una serie di studi sono stati condotti per valutare gli esiti alla nascita e l'assistenza ricevuta dalle 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 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 (1).

Uno studio per valutare le condizioni di salute alla nascita è stato condotto in 33 punti nascita di 25 città italiane nel 1996-97 (3). 2.424 neonati con genitori extracomunitari sono stati confrontati con 4.848 con genitori entrambi italiani. I nati pretermine (età gestazionale inferiore a 37 settimane) sono stati 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 da genitori extracomunitari hanno presentato asfissia neonatale in percentuale superiore rispetto 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 per 1000 nati rispetto a 2,7 tra i neonati da genitori italiani e 7,9 bambini morti nella prima settimana di vita per 1000 nati vivi tra i neonati extracomunitari e 1,9 tra gli italiani.

Per valutare l'assistenza in gravidanza e al parto, il Reparto di Indagini Campionarie di Popolazione del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha condotto nel 1995-96 uno studio nel quale sono state raccolte informazioni relative a 9.004 donne italiane (4), a 74 donne extracomunitarie irregolari e 76 donne extracomunitarie con permesso di soggiorno (5).

Lo studio sull'assistenza alla nascita tra le donne straniere è stato ripetuto nel 2000-01, intervistando 318 donne immigrate da Paesi ad economia in fase di sviluppo, per poter valutare i cambiamenti avvenuti nel tempo e l'influenza della normativa del 1998, che ha esteso alla componente irregolare il riconoscimento giuridico del diritto all'assistenza in area materno-infantile (6).

Nel primo studio, 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 (4-5). Inoltre i dati confermavano la prevalenza di esiti negativi alla nascita (parto pretermine e basso peso alla nascita) maggiore tra le straniere.

In tabella 1 sono confrontati i dati relativi ai principali indicatori di assistenza in gravidanza. Il 96% delle immigrate intervistate nel 2000-01 è stato seguito da un operatore sanitario durante la gravidanza (6). Questo valore risulta simile a quello osservato tra le immigrate nel 1995-96 e di molto inferiore a quello delle italiane (solo lo 0,5% nel 1995-96 ha riferito di non essere stata seguita da alcuna figura professionale in gravidanza).

Il 16% delle intervistate è stata visitata per la prima volta dopo il 3° mese di gravidanza. In particolare il 2,6% ha effettuato la prima visita all'8°-9° mese. I valori sono peggiori rispetto a quelli osservati tra le italiane del 1995-96, ma di molto migliorati rispetto a quelli riscontrati tra le immigrate nello stesso periodo. Infatti tra le donne senza permesso di soggiorno questa percentuale era pari a 42% e tra quelle regolari a 25%. Questo miglioramento è evidente anche dal dato relativo al valore medio del mese in cui è stata effettuata la prima visita: 3° mese e mezzo tra le irregolari, 3° mese tra le regolari e 2° mese e mezzo tra le intervistate del 2000-01.

Le ecografie eseguite sono state in media 3, numero previsto dai protocolli di assistenza in gravidanza nazionali. Il valore trovato tra le italiane nel 1995-96 era 5, indice probabilmente di una eccessiva medicalizzazione della gravidanza. Il valore medio e mediano della prima ecografia è il 3° mese, mentre nel 1995-96 risultava essere il 4° mese tra le immigrate.

Inoltre il 15,4% delle intervistate ha frequentato un corso di preparazione al parto (7), la maggioranza presso un consultorio familiare (nel 1995-96 nessuna donna immigrata lo aveva frequentato). I motivi principali per cui nel 2000-01 risultano non aver partecipato ai corsi sono stati: la non conoscenza della loro esistenza (41,9%) e problemi di tempo (22,0%). Ancora una volta si ripropone il problema della mancanza di informazioni e delle difficoltà di accesso alle strutture.

Nell'indagine del 2000-01 è stato possibile valutare anche le difficoltà che le donne hanno avuto ad essere assistite in gravidanza. Il 17% delle intervistate ha dichiarato di aver avuto difficoltà ad essere assistita durante la gravidanza, con percentuali più elevate tra le donne dell'Est Europa. (tabella 2).

Aborto spontaneo

L'Istat raccoglie dal 1956 i dati relativi alle dimissioni di donne dagli istituti di cura per aborto spontaneo. La variabile relativa alla cittadinanza è disponibile nella rilevazione dal 1990, ma solo dal 1992 (con esclusione del 1993) può essere considerata di buona qualità. Come riportato in tabella 3, negli ultimi 10 anni si è osservato un andamento crescente delle notifiche di aborto spontaneo, con un aumento del contributo delle donne straniere (8). Dall'analisi fatta dall'Istat, la quota di aborti spontanei di donne straniere risulta infatti passata da 2,7% nel 1992 a 3,8% nel 1996 e a 7,4% nel 1999 (pari a 5.152 aborti spontanei).

Per poter valutare se questo aumento sia stato determinato dall'aumento della popolazione delle donne straniere nel nostro Paese e se il rischio di aborto spontaneo sia maggiore nella popolazione straniera, sono state calcolate le proporzioni di abortività spontanea (n° di aborti spontanei/ n° aborti spontanei + n° nati + una certa proporzione di IVG x 1000) per classi di età, tra le cittadine italiane, le straniere provenienti da Paesi ed Economia Avanzata (PEA) e quelle da Paesi ad Economia in

fase di Sviluppo (PES). Come osserva in tabella 3, il rischio di abortire spontaneamente è risultato abbastanza simile tra i tre gruppi, con valori leggermente più elevati tra le cittadine italiane (101,2 per 1000 gravidanze rispetto a 97–98 per 1000 tra le straniere). In tutti e tre i gruppi il rischio aumenta al crescere dell'età della donna (8).

Analizzando i dati per continente di provenienza o per paese emerge un quadro piuttosto eterogeneo, con proporzioni di abortività spontanea più bassi tra le donne dell'Africa settentrionale e dell'Asia orientale e occidentale e più elevati per le donne dell'America centro-meridionale e dell'Africa centro-meridionale.

Interruzione volontaria di gravidanza

I dati relativi all'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) sono raccolti in Italia dall'Istat, dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero della Salute. Ogni anno il Ministro della Salute presenta al Parlamento una relazione sullo stato di attuazione della Legge 194 che riferisce sull'andamento del fenomeno e sull'applicazione della legge.

Per analizzare l'andamento per un periodo abbastanza lungo è necessario considerare, anziché le cittadine straniere, le donne nate all'estero, in quanto l'informazione sulla cittadinanza è stata raccolta solo a partire dal 1995. Dal 1980 al 2000 le donne nate all'estero che hanno effettuato IVG in Italia sono aumentate: il numero di casi è passato infatti da 4.510 a 26.257 e, in termini relativi, la proporzione sul totale delle donne che ha effettuato IVG in Italia è cresciuta da poco più del 2% al 20%. Si tenga però presente che una quota di donne nate all'estero sono cittadine italiane: nel 1998, ad esempio, di 20.480 donne nate all'estero, 6.572 avevano la cittadinanza italiana.

A partire dal 1995 è possibile valutare il fenomeno considerando la cittadinanza. Si è passati da 8.967 IVG nel 1995 a 13.826 nel 1998 e 21.201 nel 2000 (9). Anche in questo caso, l'aumento

numerico delle IVG effettuate da donne straniere è sicuramente dovuto principalmente all'aumento della presenza straniera in Italia: infatti il tasso di abortività per 1000 donne cittadine straniere di età 15-44 stimato per il 1995 è risultato essere 27,4, 29,1 nel 1996, 26,4 nel 1997 e 28,7 nel 1998. Questi valori sono di molto superiori (circa tre volte) a quelli osservati tra le cittadine italiane i cui tassi, in quelli anni calcolati per le donne di 18-49 anni, risultano essere pari a circa 9 per 1000. Questo dato non sorprende se si considera che molte delle donne cittadine straniere nel nostro Paese vivono spesso in situazioni disagiate e che provengono da aree in cui l'aborto è usato più frequentemente che in Italia.

Naturalmente poiché la maggioranza delle donne straniere sono residenti o domiciliate nell'Italia settentrionale o centrale, anche per quanto riguarda l'IVG il loro ricorso ai servizi ed il loro contributo al fenomeno è maggiore in queste aree geografiche, con un massimo di 26,5% di tutte le IVG in Veneto e 25,6% in Umbria e Lombardia e un minimo di 2,0% in Puglia e 2,1% in Molise (tabella 5).

Inoltre molto diverso risulta il ricorso all'IVG per età della donna (10): mentre tra le italiane i livelli maggiori si registrano nella fascia fra i 25 e i 34 anni, tra le straniere c'è un trend fortemente decrescente dalle età più giovani a quelle più avanzate (tabella 6).

Impatto clinico e proposte operative

Dai dati qui illustrati, è evidente che la presenza di donne straniere, provenienti in particolare da aree povere del mondo, rappresenta una realtà del nostro Paese. 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 le varie fasi della loro vita riproduttiva le donne immigrate provenienti da Paesi ad economia in fase di sviluppo si trovano in queste condizioni. Il quadro che emerge dall'analisi dei dati delle nascite, dell'IVG e dell'aborto spontaneo conferma il dato di una popolazione con carenza di conoscenze dei percorsi sanitari e conseguente difficoltà di accesso alle strutture. 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 (11) 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.

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.

Un contributo importante a questo processo può essere fornito dalle stesse comunità di immigrati, sia per evidenziare gli eventuali problemi e le differenze culturali, sia per trasmettere le informazioni necessarie a garantire l'uguaglianza al diritto alla salute.

Bibliografia

1. ISTAT. La presenza straniera in Italia negli anni '90. Informazioni 61. Roma: ISTAT, 1998.
2. Caritas di Roma. Immigrazione: Dossier statistico 2001. XI Rapporto sull'immigrazione. Roma: Edizioni Nuova Anterem, 2001.
3. Bona G, Zafferoni M e Gruppo di lavoro Bambino Immigrato (1998), Stato di salute dei neonati figli di immigrati. *Rivista Italiana di Pediatria*, 24, 713-718.
4. 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.
5. Spinelli A, Baglio G, Donati S, Grandolfo ME, Andreozzi S, Geraci S, Baljozovic 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: 35-39.
6. Spinelli A, Grandolfo ME, Donati S, *et al.* L'assistenza alla nascita dopo l'introduzione delle nuove normative. In: *Atti del convegno "Tertio Millennio Ineunte: migration, new scenarios for old problems. A consensus conference VII seminar – V Congresso Nazionale SIMM"*. Erice, 2002: 6-11.
7. Spinelli A, Grandolfo M, Donati S, Andreozzi S, Longhi C, Bucciarelli M, Baglio G. Assistenza alla nascita tra le donne immigrate. In: Spinelli A, Morrone A, Geraci S, Toma L, Andreozzi S, Eds. *Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze. Rapporti ISTISAN*, Istituto Superiore di Sanità Roma (in corso di stampa).
8. 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).
9. Relazione sull'attuazione della Legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza (Dati definitivi anno 2000, dati preliminari anno 2001). Presentata dal Ministro della Salute (Sirchia) CAMERA DEI DEPUTATI. *Atti Parlamentari XIV Legislatura. Doc. XXXVII N. 3. 2002.* <http://www.camera.it/> (<http://www.ministerosalute.it/>)
10. Spinelli A, Boccuzzo G. L'interruzione volontaria di gravidanza tra le straniere immigrate in Italia. In: *Atti (Supplemento) del convegno "VI Consensus Conference sulle migrazioni – IV Congresso Nazionale SIMM"*. Palermo, 2000: 83-6.
11. Geraci S, Marceca M. Donne e bambini immigrati. In: Geddes M, Berlinguer G, Eds. *La salute in Italia. Rapporto 1998*. Roma: Ediesse, 1998: 43-76.

Tabella 1 - Indicatori di assistenza in gravidanza – Indagini dell’Istituto Superiore di Sanità

INDICATORE	ITALIANE (1995-96)	IMMIGRATE IRREGOLARI (1996)	IMMIGRATE REGOLARI (1995- 96)	IMMIGRATE (2000-01)
Non assistite in gravidanza	0,5%	---	3%	4%
1 ^a visita dopo il 1° trimestre	10%	42%	25%	16%
Numero medio ecografie	5	2	3	3
Mese 1 ^a ecografia	3°	4°	4°	3°

Fonte: 4-7

Tabella 2 – Ha avuto difficoltà ad essere assistita durante la gravidanza? (in percentuale)

Risposta	Provenienza				Totale
	Est Europa	Asia	Africa	Centro Sud America	
No	76,1	85,0	85,1	96,2	83,0
Sì, per difficoltà di accesso alle strutture pubbliche	5,8	3,7	6,4	1,9	4,7
Sì, per difficoltà di comunicazione	5,8	6,2	4,3	0,0	4,7
Sì, per problemi economici	8,7	3,7	2,1	0,0	5,0
Altro	3,6	1,2	2,1	1,9	2,5

Fonte: 7

Tabella 3 – Aborti spontanei per cittadinanza, anni 1990-1999

Anno	Italiane		Straniere		Non indicato		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
1990	48.717	85,6	928	1,6	7.257	12,8	56.902	100,0
1991	56.322	95,5	1.196	2,0	1.448	2,5	58.966	100,0
1992	56.061	96,3	1.557	2,7	622	1,1	58.240	100,0
1993	50.985	89,0	1.722	3,0	4.598	8,0	57.305	100,0
1994	59.759	95,3	2.079	3,3	843	1,3	62.681	100,0
1995	60.790	95,7	2.280	3,6	459	0,7	63.529	100,0
1996	62.703	95,5	2.464	3,8	468	0,7	65.635	100,0
1997	63.374	94,8	2.945	4,4	554	0,8	66.873	100,0
1998	62.719	94,1	3.605	5,4	342	0,5	66.666	100,0
1999	64.016	91,8	5.152	7,4	529	0,8	69.697	100,0

Fonte: 8

Tabella 4 - Proporzioni di abortività spontanea per classi di età e cittadinanza – Italia 1996

Classi di età	Paese		
	Italia	PEA	PES
15-19	83,4	85,4	99,4
20-24	74,5	56,8	75,5
25-29	80,7	91,2	78,5
30-34	95,4	97,6	95,6
35-39	146,1	126,1	126,7
40-44	276,6	213,4	249,4
≥ 45	451,7	266,1	259,0
Totale	101,2	97,7	97,1

Fonte: 8

Tabella 5 -Distribuzione regionale delle IVG tra le straniere, Italia 2000

Regione	IVG Totale		IVG Straniere	
	N.	N:	%	
Piemonte	10995	2298	20,9	
Valle d'Aosta	296	18	6,1	
Lombardia	21382	5438	25,6	
Bolzano	467	93	19,9	
Trento	1120	90	8,0	
Veneto	6391	1679	26,5	
Friuli Venezia Giulia	2180	346	16,0	
Liguria	3790	886	23,4	
Emilia Romagna	11071	2424	21,9	
Toscana	8901	1656	20,2	
Umbria	2422	604	25,6	
Marche	2550	440	17,4	
Lazio	15206	3253	21,6	
Abruzzo	2881	256	9,0	
Molise	863	18	2,1	
Campania	13073	682	5,4	
Puglia	14406	280	2,0	
Basilicata	656	15	2,3	
Calabria	3923	193	4,9	
Sicilia	9945	422	4,3	
Sardegna	2615	110	4,2	
ITALIA	135133	21201	15,9	

Fonte: 9

Tab. 6 – Tassi di abortività volontaria per 1000 donne residenti in Italia, per cittadinanza e classi di età – Italia, 1998

Età	Cittadinanza	
	Italiana	Straniera
18-24	11,5	55,0
25-29	12,0	44,0
30-34	12,2	31,4
35-39	11,1	23,6
40-44	5,3	10,0
45-49	0,5	0,7
TOTALE	9,1	32,5

Fonte: 10