



forMed statistics
for medicine



Salute riproduttiva dei gruppi di migranti.

Disparità di rischio e possibilità d'intervento.

2006

Paola Bollini, MD Dr.PH

Philippe Wanner, PhD

in collaborazione con

Sandro Pampallona, ScD

Urszula Stotzer, BA

Alexis Gabadinho, MA

Bruce Kupelnick, BA

Riassunto

Contesto

La salute riproduttiva¹ delle donne migranti è stata oggetto di numerosi studi recenti che dimostrano chiaramente un livello di salute deficitario rispetto a quello delle donne native. Tra i rischi gravi vi sono le gravidanze indesiderate, in particolare tra le adolescenti, un rischio più elevato di contrarre l'HIV/Aids, sempre rispetto alle donne native, e le gravidanze con esito negativo. Tra i fattori che contribuiscono a spiegare questa situazione, vanno menzionati l'accesso limitato ai contraccettivi, le frequenti lacerazioni all'interno della vita familiare dovute a problemi legati alla migrazione, l'utilizzazione inadeguata dei contraccettivi nelle pratiche sessuali dovuta a costumi importati dai Paesi d'origine e alle barriere che impediscono l'accesso ai messaggi di prevenzione, alle cure e agli esami prenatali. In questo contesto mancano le conoscenze sull'impatto che le politiche d'integrazione e sanitarie specifiche agli stranieri hanno sulla salute riproduttiva. Con il presente studio si intende colmare tale lacuna con una panoramica delle condizioni di salute riproduttiva delle donne migranti in Europa, seguita da uno studio approfondito sulla situazione in Svizzera. Per quanto attiene a queste due prime parti sono adottati metodi quantitativi al fine di rispondere a domande mirate, e in una terza parte sarà esaminato con metodi qualitativi l'accesso delle collettività migranti alle cure in Svizzera.

Obiettivi, metodi e risultati

Nell'ambito di questo progetto sono stati effettuati tre studi complementari al fine di contribuire all'analisi e alla comprensione dei fattori che intervengono sulla gravidanza e sul suo esito presso la popolazione migrante in Europa e in Svizzera.

1. Nel primo studio è stata passata in rassegna la bibliografia esistente in questo campo e sono stati analizzati quantitativamente tutti gli studi epidemiologici pubblicati in Europa concernenti l'esito della gravidanza tra le donne migranti rispetto alle native. Complessivamente sono stati presi in esame 119 studi, 64 dei quali (di 12 Paesi diversi) hanno potuto essere presi in considerazione. Da ogni studio abbiamo estratto dei dati relativi sia alle conseguenze negative della gravidanza sia ai fattori di rischio. Quattro indicatori dell'esito della gravidanza sono stati analizzati in dettaglio (peso ridotto alla nascita, nascita prematura, mortalità perinatale e malformazioni congenite) tenendo debito conto di due fattori di rischio (parità ed età della madre). L'analisi ha dimostrato chiaramente che le donne immigranti sono svantaggiate rispetto alle donne native per quanto riguarda i suddetti indicatori, dato che il tasso di maggiore esposizione ai rischi è compreso tra il 25 e il 60 per cento, a seconda delle dimensioni considerate nello studio. Inoltre, gli esiti della gravidanza sono più positivi nei Paesi che adottano una politica d'integrazione più attiva (che si esprime tramite un maggior tasso di naturalizzazioni e misure sanitarie specifiche per le minoranze nazionali). L'effetto della variabile «origine» rimane significativo anche dopo l'aggiustamento per età e parità (i soli fattori che possono essere controllati in un numero sufficiente di studi). I risultati della nostra analisi confermano la relazione tra fattori ambientali e sociali in senso lato e indicatori sanitari, e mettono in evidenza la necessità di compiere sforzi supplementari per integrare e accettare gli immigranti e le minoranze etniche nei Paesi d'immigrazione.
2. I dati svizzeri relativi alla mortalità infantile e alla salute riproduttiva sono discussi e analizzati in

¹ Definita, secondo l'OMS (*Global Policy Committee of the World Health Organization*, 2 maggio 1994; e *WHO Position paper on health, Population and Development*, Cairo 5-13 settembre 1994), nel modo seguente: "reproductive health addresses the reproductive processes, functions and system at all stages of life. Reproductive health, therefore, implies that people are able to have a responsible, satisfying and safe sex life and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so. Implicit in this are the right of men and women to be informed of and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of fertility regulation of their choice, and the right of access to appropriate health care services that will enable women to go safely through pregnancy and childbirth and provide couples with the best chance of having a healthy infant."

una seconda parte, prendendo in considerazione tre dimensioni (peso alla nascita, mortalità e mortalità infantile, classificata secondo la durata di sopravvivenza dalla nascita). Questi dati, nel corso degli ultimi anni, non hanno consentito un'analisi focalizzata sulla nazionalità della madre o del bambino. Inoltre, dal 1998 la statistica della mortalità non rileva più la data di nascita della madre al momento del decesso di un bambino. Questo fatto limita sensibilmente le possibilità di ritrovare il bambino nella statistica delle nascite e rende impossibile stabilire una relazione tra la mortalità infantile e variabili che si riferiscono alla madre, quali la nazionalità, l'età, lo stato civile o l'ordine di nascita. Certe determinanti che influenzano la mortalità nel periodo tra la nascita e l'anno di vita, quali il peso e l'ordine di nascita del bambino o la nazionalità della madre non sono disponibili nel registro dei decessi. Tuttavia, è possibile risolvere in parte il problema mediante un confronto tra il registro delle nascite e quello dei decessi, ossia completando le variabili mancanti nel registro dei decessi recuperando le informazioni disponibili nella registrazione della nascita. Tenuto conto dei limiti metodologici, per l'analisi effettuata sulla scorta dei dati comparati non si è potuto prendere in considerazione il periodo di decesso dopo il 31 dicembre 1997 (è stato possibile considerare i dati per il periodo 1998-2001 facendo capo unicamente alle informazioni disponibili nella statistica sulla mortalità). Nel corso degli ultimi trent'anni del ventesimo secolo, la mortalità infantile è considerevolmente diminuita in Svizzera. La probabilità di morire prima di aver raggiunto l'anno di vita è passata da 10,4 per 1000 nascite viventi, durante il periodo 1972-1981, a 5 per 1000, nel periodo 1992-2001, che equivale al dimezzamento del rischio. Tra i suddetti periodi (1972-1981 e 1992-2001), si è assistito a una convergenza tra i quozienti dei bambini stranieri e quelli dei bambini svizzeri, con un'eccezione palese, quella dei bambini di nazionalità turca. A prescindere dal periodo, questi ultimi sono esposti a un rischio di morte nettamente più elevato rispetto ai bambini di altre nazionalità. Nella statistica dello stato civile si lamenta anche l'assenza di informazioni relative alla professione o alla categoria socioprofessionale dei genitori. Tali informazioni sarebbero indispensabili per studiare le determinanti della mortalità infantile al fine di poter imputare le differenze di rischio, a seconda della nazionalità, alle condizioni socioeconomiche (differenze nella composizione della popolazione secondo il livello socioeconomico), alla dimensione culturale (differenze nella pratica delle cure) o istituzionale (ostacoli all'accesso alle cure).

3. In una terza fase è stato effettuato uno studio mediante «focus group» (gruppo di discussione) presso donne svizzere (gruppo di riferimento), turche e portoghesi. L'obiettivo era di comprendere come sono vissuti l'esperienza della gravidanza e i rapporti con il sistema sanitario in Svizzera. I risultati confermano l'importanza di un approccio qualitativo per aiutare ad individuare le variazioni del grado di salute dei diversi gruppi nazionali descritti da studi quantitativi. Riassumendo, da questa parte dello studio emerge che le donne migranti in Svizzera devono a volte affrontare un gran numero di situazioni di stress, la cui gravità può variare in funzione della nazionalità e, probabilmente, della durata della residenza in Svizzera. Tutte le donne beneficiavano di una copertura assicurativa della salute e risiedevano legalmente in Svizzera. Sono giunte in Svizzera con il flusso migratorio legato al lavoro (nella maggior parte dei casi come coniuge di un lavoratore) o nell'ambito dell'asilo. Le partecipanti alle nostre riunioni hanno manifestato uno stress legato alle difficili condizioni di vita, alle mansioni professionali inadatte durante la gravidanza, alla comunicazione inappropriata con i fornitori di prestazioni di salute (che nei casi estremi restringe notevolmente l'accesso alle cure sanitarie) e ai sentimenti razzisti e discriminatori presenti nella società. Inoltre, sono state denunciate anche lacune nell'informazione sulla salute riproduttiva, in particolare dalle donne turche. Tramite diversi meccanismi lo stress, il lavoro inadeguato e la discriminazione possono essere all'origine di una cattiva salute riproduttiva. Per esempio, la combinazione tra un sentimento di discriminazione, un'alta pressione sanguigna e diversi indicatori di cattiva salute riproduttiva (peso insufficiente alla nascita, nascita prematura) è stata documentata in altre popolazioni, in particolare nella comunità nero-americana.

Conclusioni e raccomandazioni

A partire dai tre assi del presente studio, sono stati evidenziati numerosi aspetti che necessitano l'attenzione delle autorità pubbliche che operano nell'ambito della salute.

Passando in rassegna la bibliografia internazionale in materia, nei Paesi europei si constatano delle differenze nell'esito delle gravidanze che sono da mettere in relazione con la presenza o l'assenza di politiche d'integrazione. I risultati della suddetta analisi mostrano che gli indicatori della gravidanza sono più positivi presso le migranti laddove i Paesi d'accoglienza attuano politiche d'integrazione adeguate, in grado di migliorare la situazione non solo delle migranti, bensì anche della società di tali Paesi. Per le loro azioni future, le autorità responsabili della salute dovranno tener conto di questo risultato fondamentale: potranno essere apportati miglioramenti allo stato di salute delle collettività migranti unicamente nel quadro di una più grande accettazione e valorizzazione del contributo delle diverse comunità presenti nella società. In Svizzera questo contributo è largamente ignorato e a volte persino messo in discussione pubblicamente. Un'azione in favore della salute destinata ai migranti implica un impegno più vasto al fine di promuovere l'equità e la tolleranza e per generare un sentimento di appartenenza e di partecipazione di tutte le collettività migranti alla società e al suo sviluppo.

La Svizzera, rispetto agli altri Paesi europei (eccetto il Lussemburgo), presenta una proporzione di migranti molto elevata (per quanto riguarda sia quelli con residenza permanente sia i lavoratori con permesso a corto termine o le persone che rientrano nel quadro dell'asilo) e un tasso di nascite viventi estremamente alto tra le comunità di migranti. Nonostante questa realtà, solo due studi epidemiologici si sono concentrati sulla misurazione del livello di rischio che comporta la gravidanza per le migranti rispetto alle conseguenze per le native. (Degrate et al., 1999 ; Lehmann et al., 1990). I due studi hanno dimostrato l'esistenza di rischi maggiori per determinate collettività di migranti. Tenuto conto della realtà migratoria in Svizzera e del fatto che in determinate collettività di migranti sono stati riscontrati problemi di salute riproduttiva, sarebbe necessario migliorare le capacità della ricerca in questo campo al fine di fornire delle risposte a problemi specifici concernenti la salute nelle suddette collettività. Come per la raccomandazione precedente, la ricerca in questo campo non dovrebbe limitarsi alla salute, bensì esplorare, seguendo un asse pluridisciplinare, anche gli aspetti giuridici, economici, educativi e culturali che interagiscono con la salute degli individui.

Inoltre, dovrebbero essere messi a disposizione più sistematicamente indicatori standardizzati, semplici e sensibili all'evoluzione della società. Tali indicatori, che andrebbero validati, dovrebbero poter misurare allo stesso tempo la salute riproduttiva (e in particolare le conseguenze della gravidanza) e i fattori di rischio (che includono lo statuto socioeconomico, il supporto sociale, il tipo d'attività, il permesso di soggiorno, ecc.). Sarebbe necessario un sforzo di coordinamento per poter disporre non solo di dati rilevati dallo stato civile (come quelli utilizzati nel secondo capitolo del presente studio), bensì anche dei dati ospedalieri, di quelli dei servizi di prematurità o di medicina neonatale e delle assicurazioni. L'accesso a questi dati è la condizione necessaria non solo per autorizzare il monitoraggio e l'implementazione di programmi specifici volti a migliorare la salute riproduttiva delle donne migranti, bensì anche per sviluppare gli studi sui meccanismi che intervengono sull'incremento dei rischi in determinate collettività, al fine di combatterne le cause.

Vi sono collettività etniche o nazionali specifiche che sono esposte a un rischio elevato di mortalità infantile rispetto alla popolazione di riferimento di nazionalità svizzera. Da un'analisi qualitativa che descrive le esperienze delle donne di nazionalità turca e portoghese emerge che un'informazione ostacolata dalla presenza di barriere legate alla lingua frena un'utilizzazione appropriata dei centri di salute. Inoltre, per le donne di nazionalità turca, la sensazione di essere isolate all'interno della società in cui vivono e di subire una certa forma di razzismo rappresenta un altro fattore di rischio. D'altra parte, i focus group effettuati presso la popolazione di riferimento - le donne di nazionalità svizzera - hanno anche rilevato situazioni di stress, in particolare quando si tratta di conciliare l'attività professionale con la gravidanza e la maternità, o di negoziare con la cassa malati per la concessione di determinate prestazioni. Va sottolineato il fatto che i focus group effettuati rappresentano uno studio pilota che documenta la fattibilità e l'utilità di un tale approccio. Tuttavia, tenuto conto delle risorse disponibili (sono stati realizzati 8 focus group), non era possibile condurre uno studio qualitativo che potesse fornire un quadro completo dell'esperienza sociale e riproduttiva su scala nazionale delle due collettività migranti partecipanti. Va anche detto che i focus group effettuati non si estendono all'insieme delle collettività migranti e non permettono di fornire informazioni adeguate per l'implementazione di soluzioni che in-

terverrebbero sull'insieme dei problemi legati alla salute riproduttiva presso le migranti in Svizzera. Sarebbe necessario agire in modo multidisciplinare, raggruppando i diversi settori summenzionati (in particolare i settori della sanità, giuridici, economici e quelli relativi all'educazione) al fine di analizzare più in dettaglio i problemi specifici a tutti i gruppi di migranti che compongono la popolazione straniera in Svizzera. Vi sarebbe pure l'esigenza di raccogliere le opinioni e i suggerimenti d'altri gruppi, ma anche di altre persone interessate su scala locale e nazionale dalla problematica della salute riproduttiva delle donne migranti. La messa in atto di determinati progetti in regioni geografiche specifiche in Svizzera e all'estero, che integrino allo stesso tempo i responsabili della salute e i membri delle collettività migranti, illustra come le autorità sanitarie e le comunità potrebbero lavorare insieme per trovare delle soluzioni efficaci alle questioni legate alla salute riproduttiva. Tali esperienze non dovrebbero però essere limitate alla salute riproduttiva, bensì essere estese ad altri aspetti della salute ritenuti rilevanti, applicando lo stesso pragmatismo e la stessa creatività con cui la Svizzera si è distinta nell'affrontare altre questioni delicate nell'ambito della sanità pubblica.