

Immigrate: da problema a risorsa

Prof.ssa Alessandra Graziottin

Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica H. San Raffaele Resnati, Milano

Le immigrate sono il 3,5% della popolazione italiana, ma fanno il 33% degli aborti volontari: un dato impressionante, che non può essere lasciato ai margini della riflessione sullo stato di salute delle donne (italiane o straniere) che vivono nel nostro Paese. Le donne che hanno fatto due, tre aborti o più sono tre volte più numerose tra le immigrate rispetto alle italiane: il problema dell'educazione contraccettiva e sanitaria è dunque urgente. In Italia, in media, 88 neonati sono italiani e 12 sono figli di immigrati: ma se analizziamo il dato per regioni, sempre aggiornato al 2010, vediamo un quadro molto più variato: con un picco di nascite di bimbi non italiani del 22% in Emilia Romagna, 20% in Umbria, 19% in Lombardia, Veneto e Toscana, 18% in Piemonte, 17% in Friuli VG; ultime la Campania, con l'1% (sì, 1%) e la Puglia con il 3%. Differenze multifattoriali: probabilmente si emigra di più, e con la famiglia, verso regioni a reddito medio-alto, mentre in quelle povere tendono a migrare maschi soli, come lavoratori (stagionali o meno). Di questo e dei molti problemi sanitari – fra cui contraccezione mancata, gravidanze ad alto rischio e malattie sessualmente trasmesse (MST) – legati a un'immigrazione crescente poco studiata e tutelata, si è parlato a Roma mercoledì scorso, nel corso di un Convegno della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO), cui ho partecipato come relatrice. I problemi sanitari nelle donne emigrate esistono, e non sono solo italiani: la Spagna, per esempio, ha le stesse percentuali di aborti volontari, rispetto alle donne native, dell'Italia. In più, accanto ai problemi sanitari degli immigrati/e regolari, abbiamo quello, nettamente sottostimato, dei clandestini. In Olanda, l'emergenza clandestina sta preoccupando le autorità sanitarie, perché rappresenta un'area di grande vulnerabilità come fonte di malattie non riconosciute e, per le MTS, anche contagiose.

Una ricerca di Schoevers e collaboratori, appena pubblicata sul Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, ha evidenziato come le immigrate illegali (clandestine, sans papier, senza documenti che dir si voglia) non ricorrano alle strutture sanitarie, anche quando sono malate, per mancanza di informazioni, per il costo dei servizi, perché vittime di violenza fisica e sessuale, per paura di essere cacciate dal Paese se scoperte: vittime di una solitudine senza conforto. Risultato: mancata o assente assistenza in gravidanza (il 19% arriva al parto senza aver mai visto prima un medico o un'infermiera, spesso con gravidanze ad alto rischio per mamma e piccolo), scarsissima contraccezione e una percentuale di aborti quasi 10 volte superiore alla popolazione locale (64,9 aborti per 1.000 donne). Il 70% ha problemi ginecologici, soprattutto infezioni genitali e MTS, il 28% ha subito violenza sessuale.

Dati drammatici: un uomo, una donna, emigrano, o meglio fuggono dalla propria terra perché disperati (pochi si sradicano senza gravi motivi); e un quotidiano di dolore, di denutrizione, di malattia e violenza ci deve far pensare. Anche se il problema delle risorse è complesso e quello dei costi angoschia tutti i Paesi occidentali. Restiamo sul fronte sanitario ginecologico: i colleghi americani, sempre molto attenti alla farmaco-economia, hanno analizzato con molta accuratezza il rapporto costi-benefici di una contraccezione attiva dopo interruzione di gravidanza o parto, con metodi di lunga durata, come la spirale intrauterina, efficace, se la donna lo vuole, fino a 5 anni dopo l'inserimento, evitando così altri aborti volontari e spaziando le nascite desiderate. Con

una spirale inserita a spese del servizio sanitario nazionale (per ora, in USA, non è rimborsata), lo Stato risparmierebbe 3 dollari per ogni dollaro investito in contraccezione: un risparmio legato ai minori costi di altri aborti o gravidanze ad alto rischio (Rodriguez et Al, Contraception, 2010). E' dunque possibile unire una sana politica sanitaria di accoglienza qualificata unita a respiro etico. Resta un problema: come raggiungere in modo efficace le donne immigrate per una rigorosa prevenzione primaria (ossia prima che il primo aborto volontario si realizzi) e secondaria (dopo l'aborto o un parto)?

Alcuni studi ci dicono che il messaggio funziona quanto più passa da donna a donna (o da uomo a uomo, perché anche mariti e compagni andrebbero informati...), e tra persone della stessa razza che parlano la stessa lingua. Finora abbiamo usato le mediatrici culturali, almeno negli ospedali a maggiore affluenza di immigrate. La mia proposta: fare un censimento di immigrate/i per titolo di studio e professione svolta prima di emigrare. Sono moltissime le infermiere, le ostetriche, le biologhe che nel nostro Paese fanno solo le badanti o le colf: con un aggiornamento sulla contraccezione, la gravidanza e le principali MTS queste donne, ora sottovalutate se non sfruttate, potrebbero diventare una preziosa risorsa educativa e assistenziale sia nei consultori familiari dedicati alle immigrate, sia negli ospedali, oltre che nella loro comunità. Daremmo loro più dignità e autostima: sentirsi riconosciuti nella propria professionalità è un plus straordinario, specie quando si emigra. Lo sanno bene i nostri Veneti e Friulani, quando sono andati nel mondo. E daremmo un senso più alto del loro valore, anche nel nostro Paese.

Ricordiamoci della grande lezione degli antichi Romani: tra gli schiavi colti, sceglievano gli educatori dei propri figli; li affrancavano, con lo stato di liberto, valorizzandone il sapere, e li integravano così come cittadini preziosi, come ricchezza feconda. Diceva Seneca: "Dietro ogni difficoltà, c'è un'opportunità". Cogliamola!