

Donne immigrate in Italia tra fragilità e vulnerabilità

di [Enrica Formentin](#)

Secondo i dati forniti dal Ministero dell'Interno, sono oltre 100 mila i profughi ucraini arrivati in Italia. Di questi, quasi il 90 per cento sono donne e minori. Una conferma, per quanto viziata dagli eventi della guerra, che in Italia, come in tutto il mondo i flussi migratori, interessano sempre più in maniera massiccia l'universo femminile. Nel 2020, la loro presenza è arrivata a superare i 2,6 milioni, pari al 51,8% di tutta la popolazione straniera residente.

In alcuni paesi si è sviluppata, una migrazione più marcatamente femminile. È il caso delle nazioni dell'Europa orientale (Romania, Ucraina, Bielorussia), ma anche di quelle del Sud Est asiatico (Filippine, Thailandia). Altre nazionalità immigrate nel nostro paese, invece, hanno una presenza più fortemente maschile. Basti pensare all'Africa o all'Asia meridionale. Tutto ciò ripropone la necessità di guardare con sempre maggiore attenzione alla condizione sociosanitarie straniere che vivono nel nostro Paese. L'analisi di Enrica Formentin.

All'inizio degli anni '90 le donne straniere non superavano le trecento mila unità (Dossier Caritas/Migrantes). Nel 2002, gli stranieri si dividevano piuttosto egualmente tra uomini e donne. A partire dal 2006, invece, si è registrato un lieve, ma costante aumento nella presenza femminile fino al 2015, quando in Italia risiedevano 293mila donne in più rispetto agli uomini.

La tutela della salute, art. 32 della Costituzione

Viene da sé che tutte queste donne devono essere assistite dal punto di vista sanitario nel nostro paese. La tutela della salute in Italia è sancita dall'articolo 32 della Costituzione che, identificando la salute come "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" non la vincola alla cittadinanza italiana o allo status (regolare o irregolare) di residenza. Da questo principio deriva la legislazione attualmente in vigore che sancisce il diritto di qualunque cittadino straniero in Italia di usufruire dei servizi sanitari pubblici a prescindere dalla sua situazione amministrativo-giudiziaria (legge 40 del 1998 attuata con norme nazionali, regionali e locali).

La maggior parte di coloro che giungono nel nostro paese è fondamentalmente in buona salute. Si osserva infatti il cosiddetto "effetto migrante sano" che interessa entrambi: uomini e donne. Un aspetto indispensabile per capire come migliorare ed educare le donne migranti a occuparsi della propria salute è monitorare l'accesso delle donne straniere ai servizi socio-sanitari territoriali e ospedalieri che si occupano di salute della gravidanza (consultori e ospedali) nelle varie regioni italiane.

Dalla letteratura e dall'esperienza degli operatori, le donne straniere effettuano meno visite in gravidanza e meno ecografie rispetto alle donne italiane e effettuano la prima visita più tardivamente, talora compromettendo le possibilità di diagnosticare precocemente e monitorare le condizioni cliniche che deviano dalla fisiologia e identificare problemi fisici o di carattere sociale pre-esistente (il 2,65% delle italiane e l'11,5% delle straniere effettua il primo controllo dopo la 12° settimana).

La solitudine al femminile

Il ricorso al taglio cesareo è più frequente tra le donne italiane, ma percentualmente più frequente è il taglio cesareo in travaglio tra le donne straniere perché talora accedono all'ospedale poco tempo dopo il loro arrivo in Italia, senza documentazione degli accertamenti eseguiti o senza mai averne eseguito nessuno nel paese da cui arrivano. La chiusura di punti nascita periferici rende gli ospedali regionali più difficilmente raggiungibili per le donne straniere per mancanza di mezzi e per la difficoltà di organizzare la vita del resto della famiglia senza una rete di sostegno.

Ecco che si apre concretamente il discorso della fragilità, ma anche della solitudine della donna straniera. Dalla relazione annuale del Ministero della

Salute sull'applicazione della Legge 194, relativa ai dati del 2017,(14,1 per 1000 donne nel 2017 e 14,0 per 1000 donne nel 2018 ultimo dato disponibile)emerge che, pur confermando che le donne straniere hanno un tasso di abortività più elevato di quello delle donne italiane, il numero delle IVG (interruzione volontaria di gravidanza) delle donne straniere si è stabilizzato e negli ultimi anni comincia a mostrare una tendenza alla diminuzione.

Rimane la criticità, non espressa nella relazione ministeriale, dell'accesso delle donne straniere nell'individuazione della sede in cui viene effettuato l'intervento. Elemento non secondario, poiché questo insieme al altri fattori influiscono sul fenomeno dell'aborto clandestino tra le donne straniere, che utilizzano farmaci acquistabili sul web e diffusi tra loro, le stesse che per prime hanno utilizzato in Italia il misoprostolo (un farmaco abortivo), quando ancora negli ospedali italiani non se ne faceva uso (attualmente si utilizza *off label*, richiedendo un consenso informato).

Definire la figura della mediatrice culturale

La possibilità di fruire dell'aborto farmacologico è molto limitata tra le donne straniere, sia perché difficilmente si rivolgono al Consultorio in tempo per tale prestazione (in Italia attualmente è possibile effettuarlo entro il 49° giorno di amenorrea), sia per difficoltà linguistiche e per la difficoltà di accedere più volte alla struttura per effettuare i controlli.

Alcune regioni, tra le quali il Piemonte, Puglia, Emilia Romagna, e Lombardia hanno deliberato in merito alla contraccezione gratuita tra le fasce fragili della popolazione, tra le quali rientrano le donne straniere (soprattutto adolescenti di 2° generazione e multipare). Un altro aspetto della salute della donna immigrata preoccupante è la non adesione agli screening per il carcinoma della mammella e il cervice-carcinoma; lo scarto tra l'adesione delle italiane e quella delle straniere è nettissima.

Sono allo studio modalità di miglioramento della comunicazione, ma l'attenzione va rivolta alle donne non iscritte al SSN e non residenti perché più a rischio, non essendo mai state sottoposte a controlli precedenti. Esistono per le straniere barriere di tipo linguistico, culturale e sociale che portano la donna anche a diagnosi ritardata. Infine una particolare attenzione va data al tema della mediazione linguistico culturale, proprio legata alla salute delle donne straniere.

La mediazione linguistico culturale introdotta nei nostri servizi sanitari, sociali ed educativi da circa 20 anni, ha subito molti cambiamenti nel corso del tempo.

Negli anni '90 la figura della mediatrice linguistico culturale era stata introdotta per superare sia le difficoltà di comprensione linguistica e dei codici culturali delle pazienti che avevano accesso ai nostri servizi da parte degli operatori, sia per aiutare soprattutto le donne straniere a poter aderire ai percorsi di cura che la nostra medicina occidentale propone nei vari campi della salute.

Tale figura però è ancora in evoluzione e non ancora riconosciuta pienamente. Inoltre, con la presenza oggi nei nostri servizi di donne vittime di tratta, o di violenza di genere o di maltrattamento domestico di rifugiate e/o richiedenti asilo, diventa indispensabile una qualità di preparazione delle mediatrici linguistiche e culturali, che non può essere più lasciata all'esperienza dei singoli, ma richiede una formazione specifica ed una supervisione continua.

Programmi e iniziative di educazione sanitaria

Per chi si occupa di medicina preventiva è fondamentale essere consapevole della complessità dell'approccio con la donna immigrata per valutare la strategia più efficace e per gestire, nel tempo, un rapporto (non solo con la donna ma anche con la sua famiglia, e la sua comunità) che non può essere occasionale. In altre parole non basta avere disponibilità di vaccini o di pap test e di personale per somministrarli, ma è indispensabile contare su una organizzazione attenta, su una sensibilità individuale, su una disponibilità relazionale, su un clima socio-politico accogliente.

Variabili che solo in parte dipendono dall'operatore e che a ben vedere non condizionano solo l'accesso dell'immigrata, ma di tutta la popolazione seppur con peso diversificato. Tutte queste considerazioni ci suggeriscono in modo chiaro l'importanza di continuare lungo la strada intrapresa di certezza del diritto alla salute e di progettualità per garantire a tutti l'accesso alle strutture sanitarie e la fruibilità delle prestazioni con particolare riferimento a quelle di primo livello e l'adozione di iniziative e programmi di promozione ed educazione alla salute. Tutto ciò sarà comunque efficace se inserito in un percorso di politiche di integrazione che facciano dello straniero immigrato nel nostro Paese un cosciente componente della nostra società.