



---

# **DONNE STRANIERE E GRAVIDANZA: OUTCOME MATERNO-FETALE E NEONATALE**

---

**Rosalia Da Riol**

**S.O.C. Neonatologia**

**Azienda Ospedaliero-Universitaria, Udine**

**Chieti 20.11.2010**



Società Italiana di Medicina delle  
Gravidanze S.I.M.M.

Gruppo Immigrazione Salute Friuli



# Presenza di donne immigrate in Italia 1991-2009



**1991:**

**859.000 stran. residenti**

**361.137 donne ( 42,0 %)**

**2009 :**

**4.235.059 stran. residenti**

**2171652 donne ( 51,3%)**

**ETA': il 70% nella fascia 15-44 anni**

# Immigrazione femminile in Italia

1960-70 fino a metà anni '80:

-donne sole che vengono in Italia a svolgere lavori domestici  
(Salvador, Capo verde, Filippine, Etiopia, Eritrea)

fine anni '80:

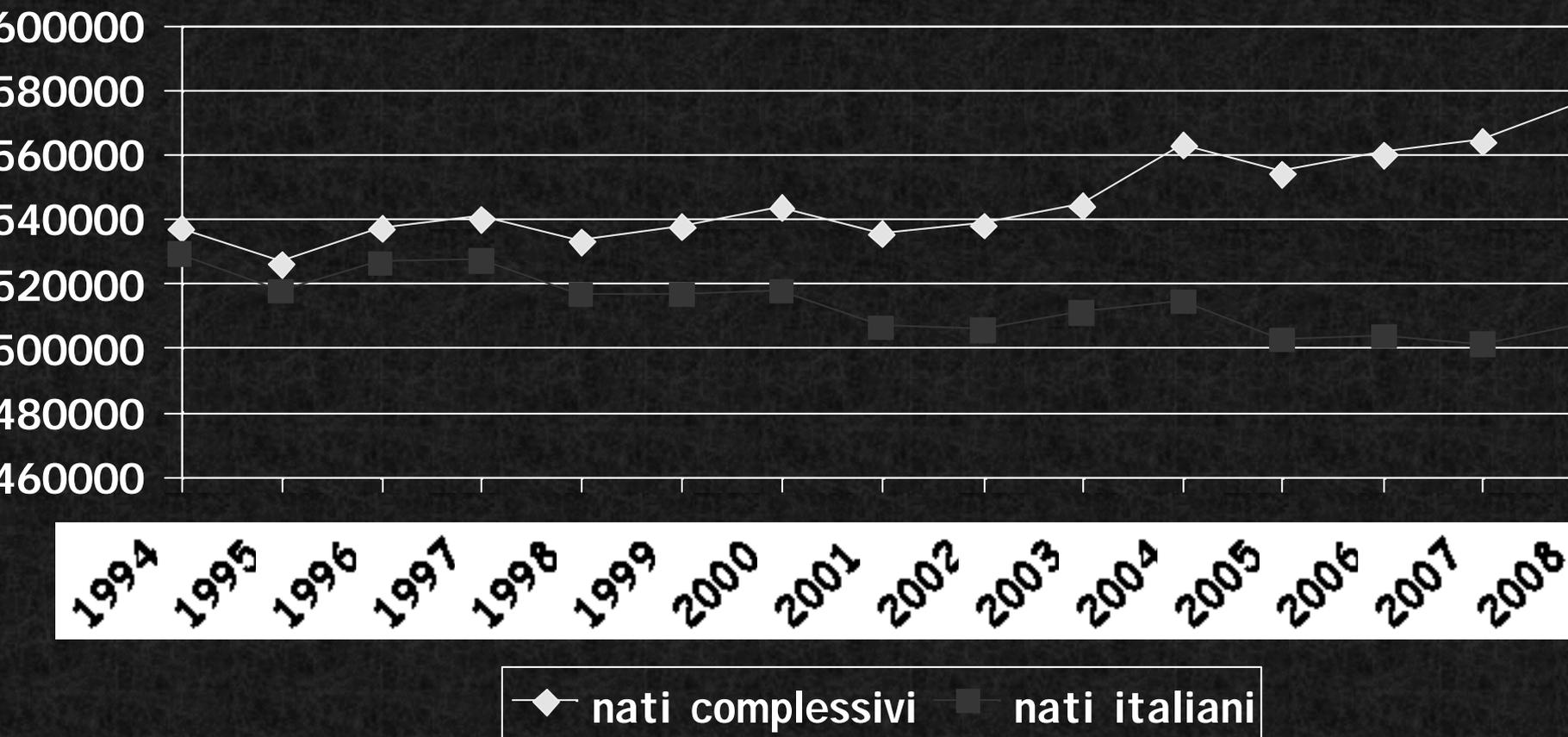
-aumenta il numero di donne per ricongiungimento familiare

anni '90:

-nuovo flusso migratorio di donne provenienti dall'Est Europa

-donne che entrano inconsapevolmente nella rete della criminalità organizzata e dello sfruttamento sessuale

# Nascite in Italia 1994 - 2009



Nascita da donne straniere:

1999= 29.000 (5.4 %)

2008= 92.000 (16%)

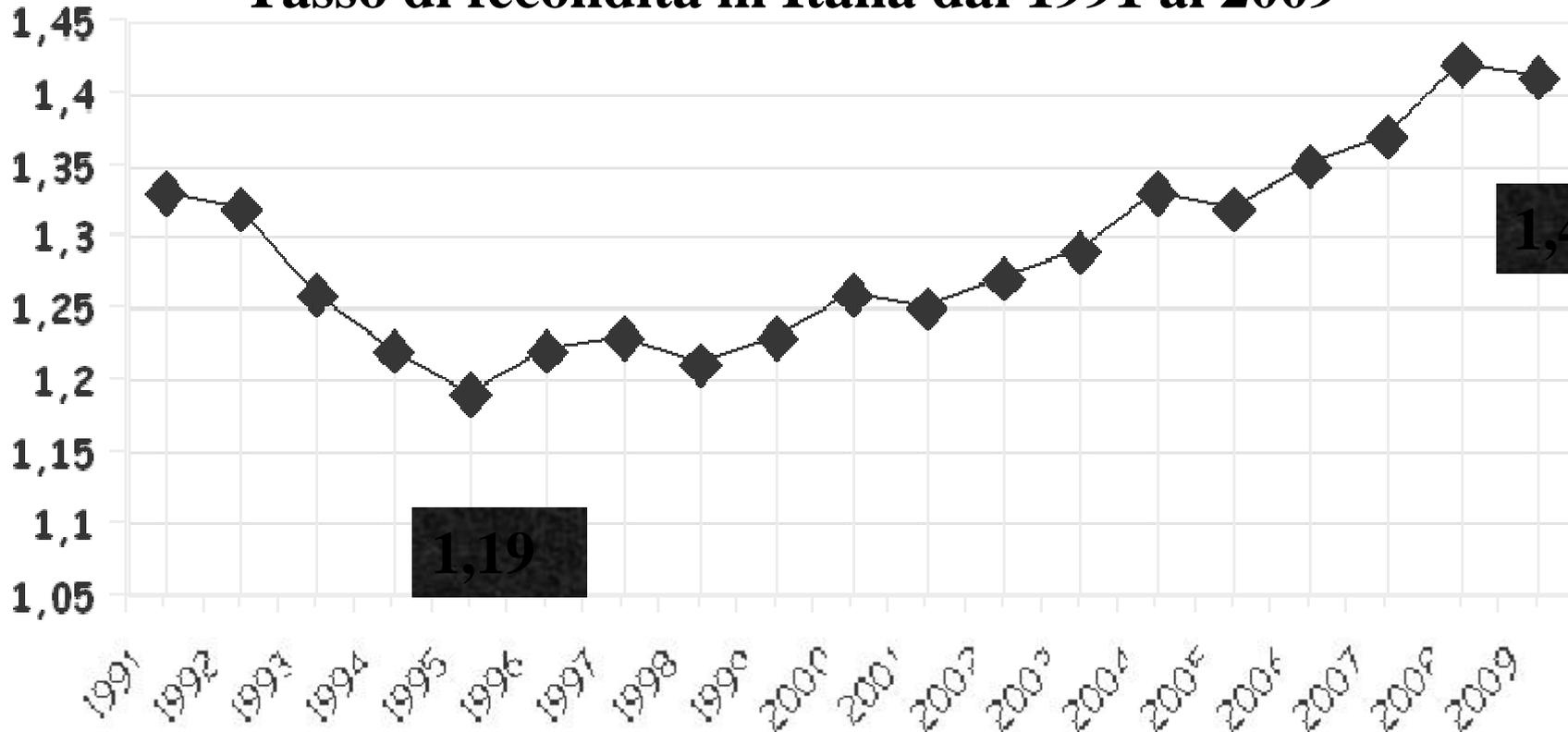
2009= 94.000 (16.5%)

2009:

partner italiano: 3.4%

partner straniero: 13%

# Tasso di fecondità in Italia dal 1991 al 2009



**Nel 2008 la prima volta sopra 1,4 dal 1985**

**Tasso italiane: 1,33 (1,26/2006) - Tasso immigrate 2,05 (2,50/2006)**

**Il contributo delle straniere all'IFN è del 12% (+2 rispetto al 2008)**

**Età media al parto: italiane 31,7 aa; straniere 28,7 aa**

Gli outcomes di salute perinatale delle donne immigrate nei paesi occidentali industrializzati sono simili o peggiori rispetto alle donne dei paesi ospitanti?

# Migration to western industrialised countries and perinatal health: a systematic review.

Gagnon AJ, Zimbeck M, Zeitlin J; McGill University, Montreal, Quebec, Canada;  
Soc Sci Med. 2009 Sep;69(6):934-46. Epub 2009 Aug 5.

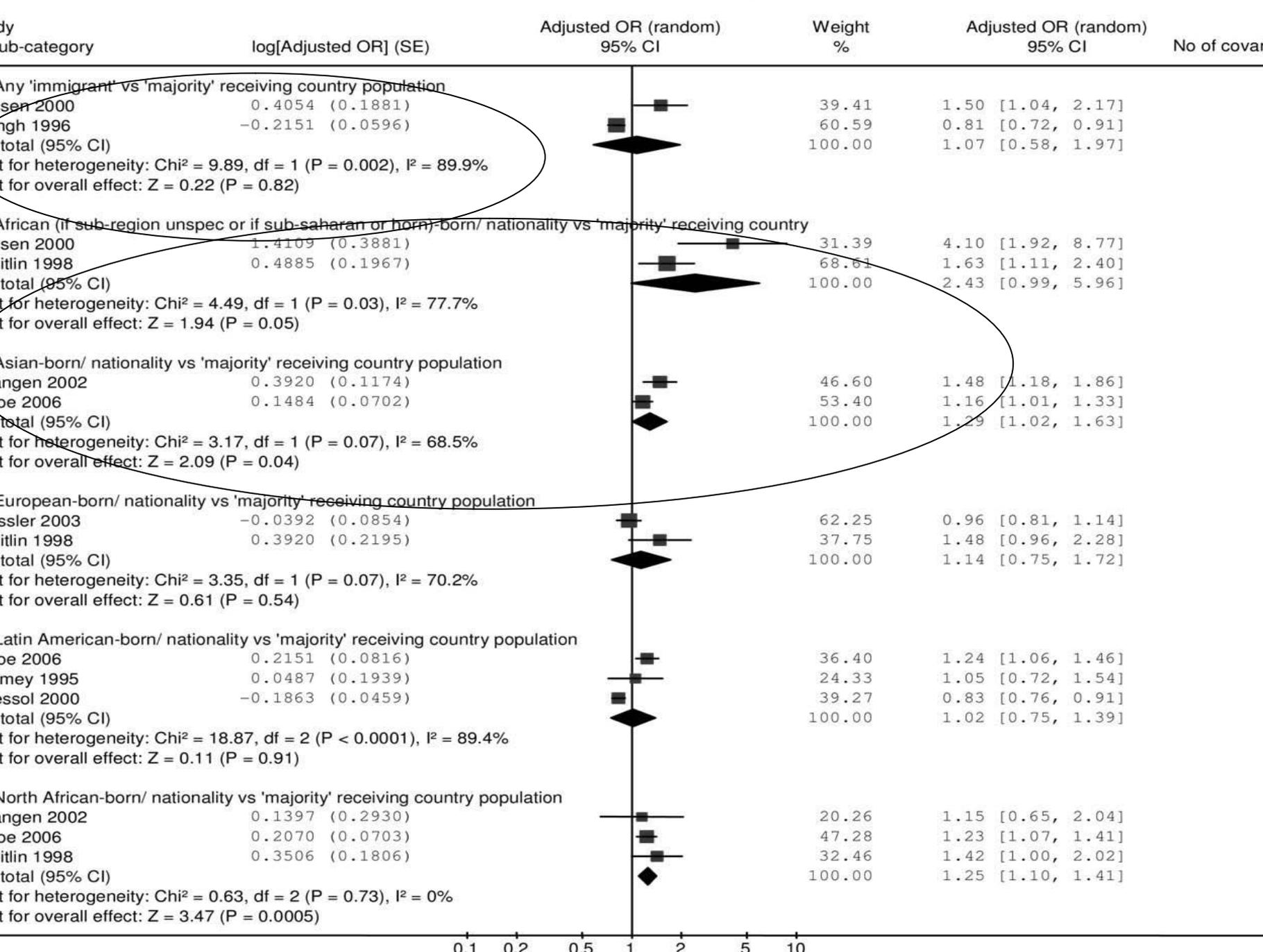
---

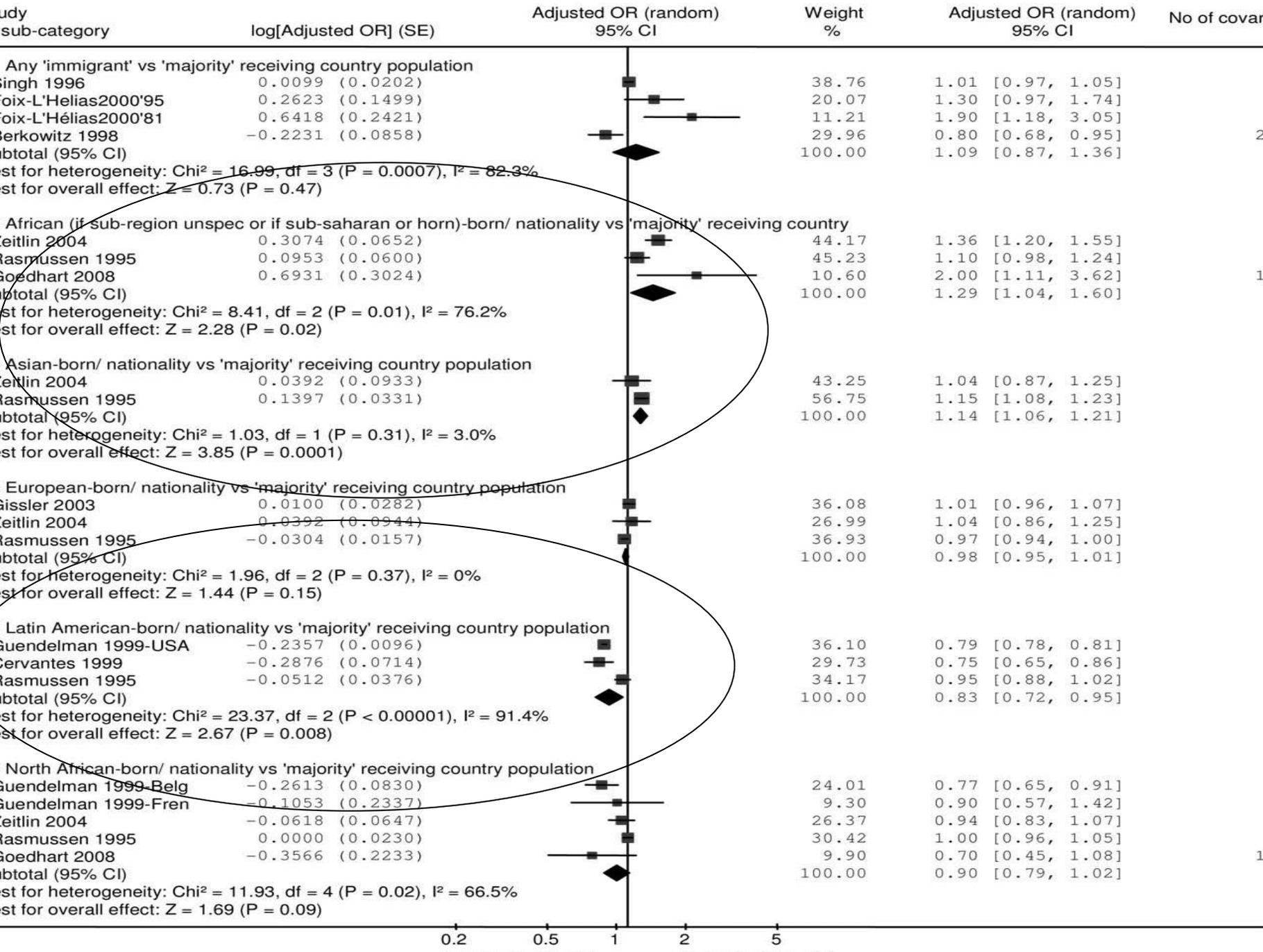
Reproductive Outcomes and Migration (ROAM) ha eseguito un revisione sistematica della letteratura

sono stati valutati 133 reports dal gennaio 1995 a luglio 2008 (> 20.153.134 donne migranti) ----> 23 sono stati utilizzati per meta-analisi (1/3 USA,-> Europa, Australia, Canada)

La meta-analisi focalizzò tre categorie di outcome: Mortalità feto-neonatale - Peso alla Nascita e Prematurità.

Le immigrate furono descritte prevalentemente per origini geografiche (non permanenza nel paese straniero, condizioni di immigrazione o capacità di linguaggio)





# Conclusioni

Essere migrante non è un fattore di rischio significativo per outcomes di salute perinatale negativi

L'esperienza perinatale di donne immigrate sembra variare a seconda dell'origine geografica (Small 2008 ) e del paese che lo accoglie (Bollini 2008)

Nonostante il grande numero di studi su immigrazione e salute perinatale solo dati limitati sono disponibili a fare luce su perché certi gruppi di migranti siano a maggior rischio.



## Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature

Paola Bollini <sup>a,\*</sup>, Sandro Pampallona <sup>a</sup>, Philippe Wanner <sup>b</sup>, Bruce Kupelnick <sup>a</sup>

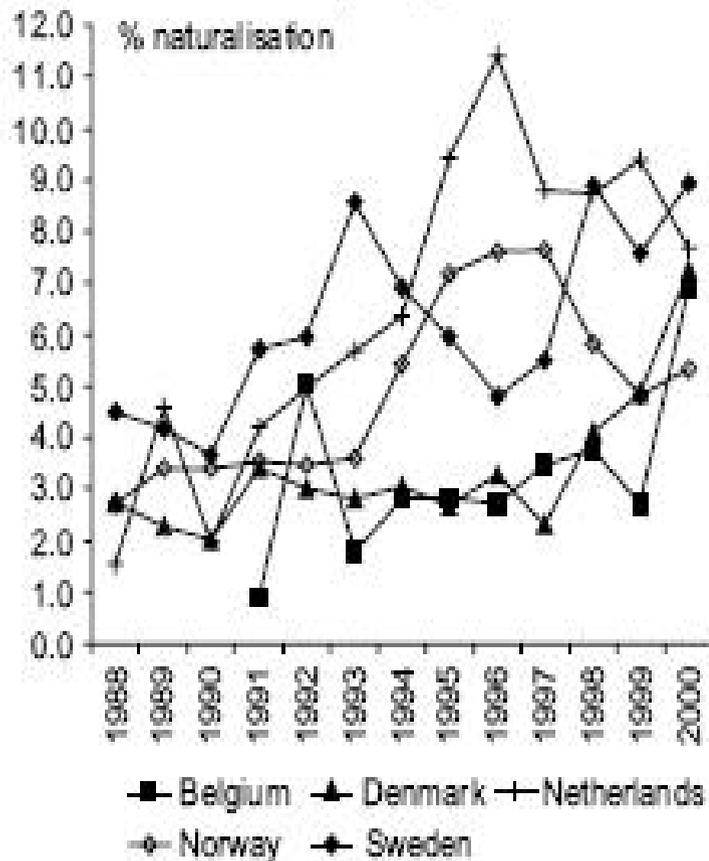
<sup>a</sup> *Services for Medical Research forMed, Evolène, Switzerland*

<sup>b</sup> *Swiss Forum for Migration and Population Studies, Switzerland*

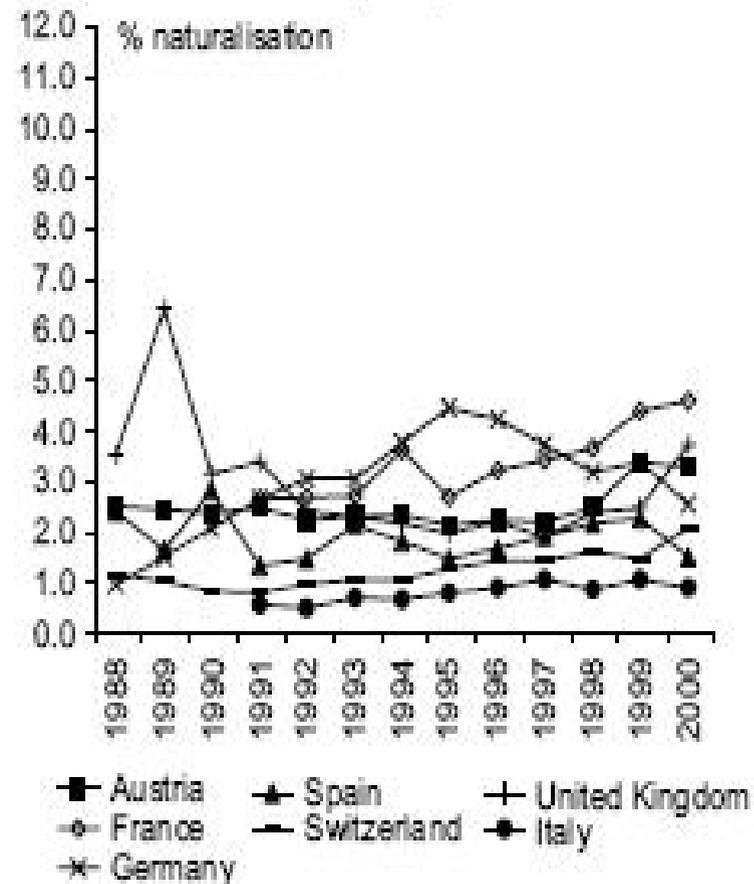
si sono valutati tutti gli studi epidemiologici che comparavano gli outcome materno-neonatali di gravide native rispetto a donne immigrate in paesi europei dal 1966 al 2004. Di questi 65, eseguiti in 12 paesi ospiti, sono stati utilizzati per meta-analisi.

Manganaro 1999; Mancuso 1994; Miceli 1996; Bona 2001

**a** Countries with a strong integration policy



**b** Countries with a weak integration policy



**Table 3**

Odds ratios for immigrants for the four pregnancy outcomes of interest (native women taken as reference).

	OR	95% CI	p-value
<b>Low birth weight</b>			
Overall	1.43	1.42–1.44	<0.001
According to level of implementation of integration policy, $p^* < 0.001$			
Weak	1.54	1.52–1.55	<0.001
Strong	0.98	0.96–1.01	0.151
<b>Pre-term delivery</b>			
Overall	1.24	1.22–1.26	<0.001
According to level of implementation of integration policy, $p^* < 0.001$			
Weak	1.47	1.43–1.52	<0.001
Strong	1.16	1.14–1.18	<0.001
<b>Perinatal mortality</b>			
Overall	1.50	1.47–1.53	<0.001
According to level of implementation of integration policy, $p^* < 0.001$			
Weak	1.56	1.52–1.60	<0.001
Strong	1.41	1.37–1.46	<0.001
<b>Congenital malformations</b>			
Overall	1.61	1.57–1.65	<0.001
According to level of implementation of integration policy, $p^* < 0.001$			
Weak	1.78	1.74–1.84	<0.001
Strong	0.94	0.87–1.00	0.088

\* Note: test of difference in ORs for countries with weak versus strong integration policy.

18 million

16.5  
millions  
native

1.5 million  
immigrant

## Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature

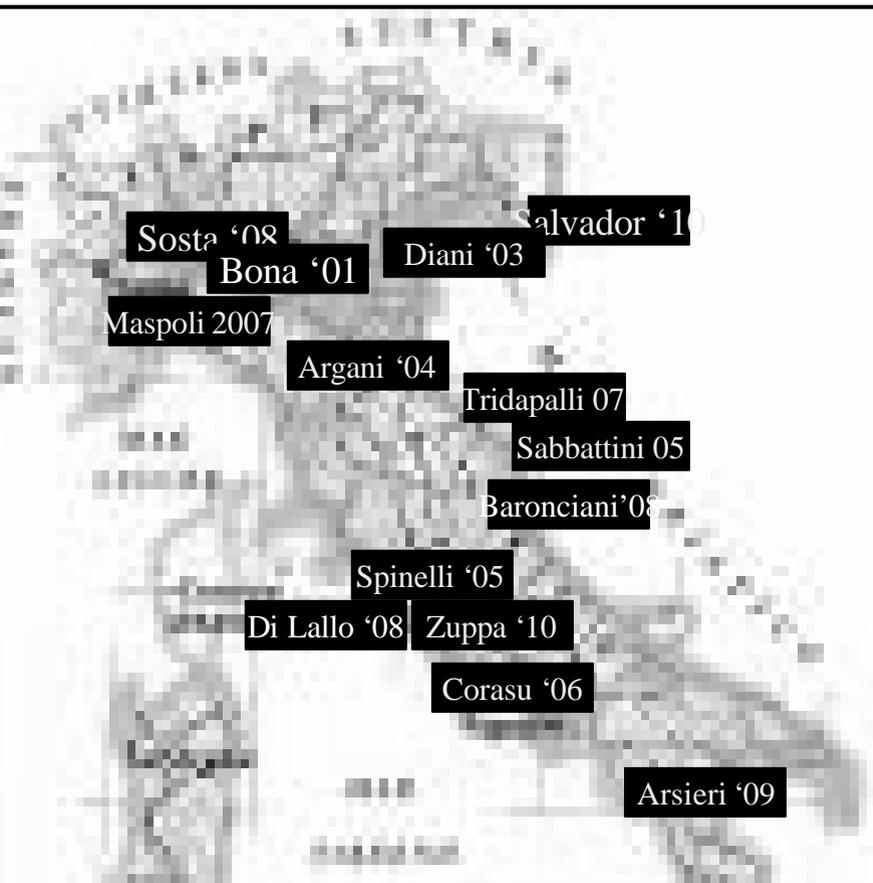
Paola Bollini <sup>a,\*</sup>, Sandro Pampallona <sup>a</sup>, Philippe Wanner <sup>b</sup>, Bruce Kupelnick <sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Services for Medical Research forMed, Evolène, Switzerland*

<sup>b</sup> *Swiss Forum for Migration and Population Studies, Switzerland*

L'importanza del contesto sociale nel condizionare le dinamiche di salute delle persone, soprattutto in condizioni di particolare fragilità

Politiche nazionali che potenzino l'integrazione, il rispetto e l'accessibilità ai servizi sanitari, sono potenzialmente in grado di ridurre le diseguaglianze di salute esistenti all'interno delle popolazione



INDICATORI DI ASSISTENZA IN GRAVIDANZA	INDAG. ISS '95-'96			ISS '00'01	ISTAT 2005	
	ITALIA NE	IMMIGRATE IRREGOLARI	IMMIGRATE REGOLARI	IMMIGRATE (80%) REGOLARI	ITALIA NE	IMMIGRATE REGOLARI
NON ASSISTITE IN GRAVIDANZA	0.5%	-	3%	4%	-	-
I VISITA DOPO IL PRIMO TRIMESTRE	10%	42%	25%	16%	5%	12%
PRIMA ECOGRAFIA MEDIA NA	3°	4°	4°	3°	3°	3°
N° ECOGR	5	2	3	3	5	4

Bona G, Zaffaroni et al.:

**Infants in immigrant parents in Italy. A national multicentecase control study.**

**Panminerva Med. 2001**

33 punti nascita dal al. I neonati figli di immigrate presentavano maggior incidenza di prematurità, basso peso alla nascita, asfissia e mortalità perinatale rispetto ai figli di genitori italiani



## **Regione Piemonte - Dati CEDAP 2008**

### **donne straniere vs donne italiane**

- popolazione in aumento
- scarsi controlli in gravidanza
- elevata mortalità perinatale (x2)
- maggior % parti a EG<26 (x 3,5)

**Paola Ghiotti - Regione Piemonte**

## **Regione FVG - Dati CEDAP 2008**

### **donne straniere vs donne italiane**

- popolazione in aumento ( 21,5% delle nascite)
- scarsi controlli in gravidanza

**parto<18 aa** p=0.00

**≤4 visite durante gravidanza** p=0.00

**no visite controllo in grav.** p=0.00

**Prima visita <13 sg** p=0.00

**parto pretermine** p=0.004

**Indice Apgar 5°** p=0.000

**nati mortalità** p=0.029

**malformazioni** p=0.087

**classi di peso < 1500 gr e <2500 gr** p= NS

I neonati dei genitori stranieri, rispetto a quelli italiani, presentano un maggior rischio di patologie correlate alla prematurità ed alla sofferenza perinatale.

*Perché?*

*Che fare per il futuro?*

*Che fare per il presente?*

**BIOLOGICHE** (altezza, peso, parità, età, genetica\*)

**AMBIENTALI** (apporto calorico, fumo di sigaretta, droghe, alcool, comportamenti sessuali a rischio)

**SOCIO-ECONOMICHE**

(mancanza di supporto sociale, stress, razzismo - Mustillo 2004-)

- VARIAZIONI GENETICHE DI GENI DI CITOCHINE PRO E ANTI -INFIAMMATORIE E DEI RISPETTIVI RICETTORI



# Assistenza alla donna immigrata in gravidanza

## **Problemi emersi del DMI**

Scarsa conoscenza delle strutture preposte al monitoraggio della gravidanza

Difficoltà di accesso ai servizi (orari, lingua e dipendenza dal marito)

Frequente ricorso al PS

Ricoveri impropri

Mancata informazione fornita alle donne

Difficoltà di comunicazione

Personale sanitario ( formazione, disponibilità)

*Politiche di integrazione*



*Informazione e formazione delle donne immigrate*

Comunità immigrati - Mediatori culturali



*Formazione degli operatori*

# RUOLO DELLA FORMAZIONE



Corso di Laurea in  
Medicina e Chirurgia



Scuola Specializzazione  
in Ost-Gin e Pediatria



Lauree brevi Ostetrica e  
Infermiera Pediatrica



Corsi di aggiornamento  
aziendali per personale



Corsi di aggiornamento  
a tema per operatori



## Aggiornamento ECM

*...e il presente?*

**NON C'E'  
STORIA FAMILIARE**

**IMMIGRAZIONE  
e  
PREMATURITA'**

**DISTACCO  
MADRE BAMBINO**

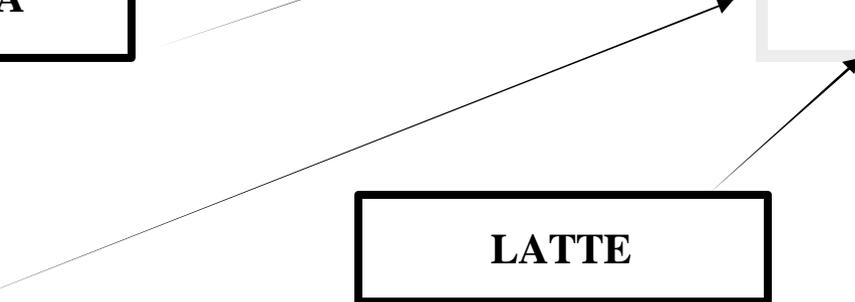
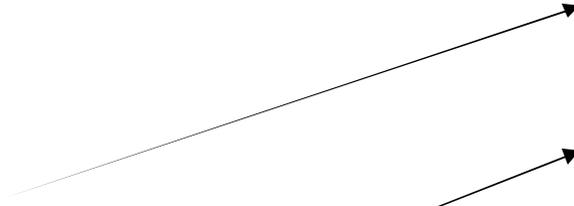
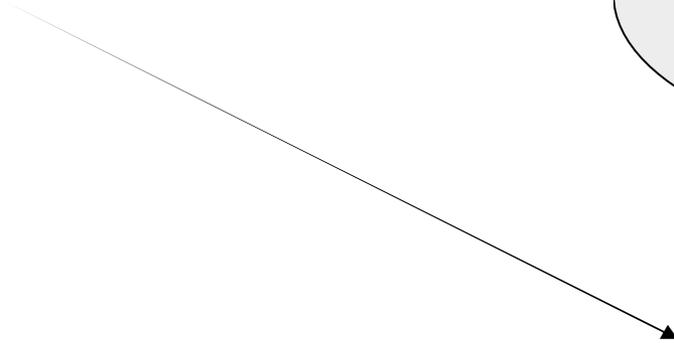
**SOLITUDINE  
INSICUREZZA  
CONFUSIONE**



**LINGUA**

**TECNOLOGIA**

**LATTE**

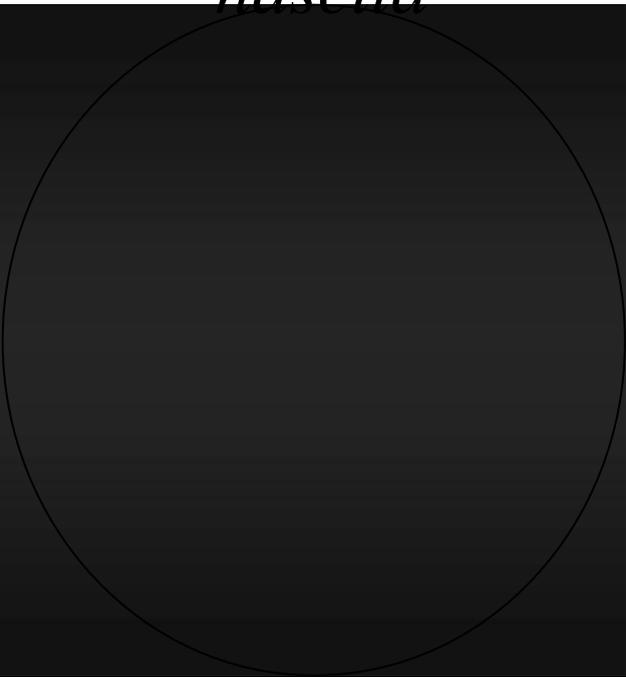


# ***FIGLI TRA DUE MONDI***

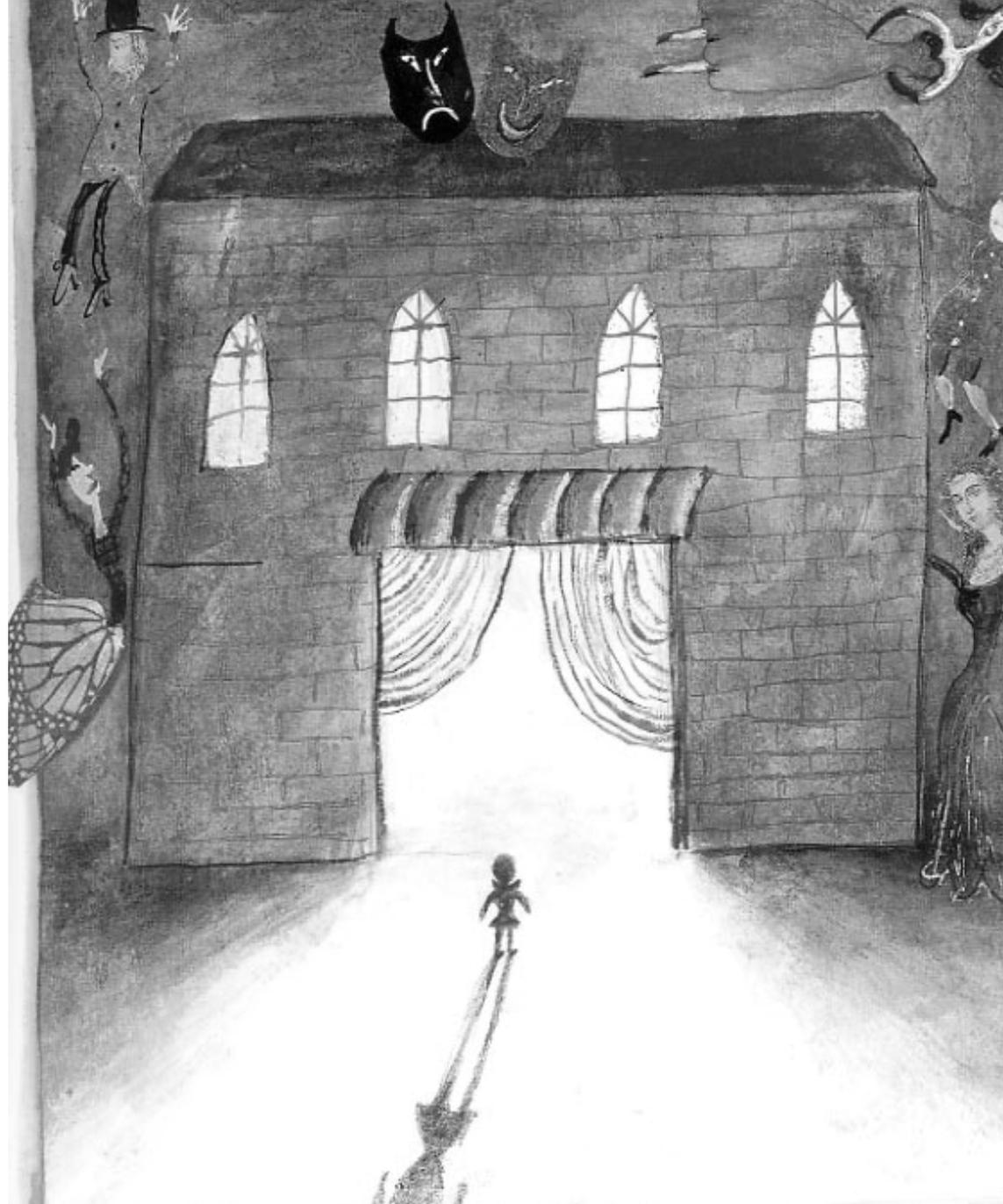
**“FIGLI  
DELLE MACCHINE”**

**ATAKORA  
“GUERRIERO”**

*nascita*



*morte*



# MORTE

---

Musulmani: concepimento-morte decorso naturale di eventi controllati da Dio (Corano 22::5). La morte non è la fine --->Paradiso

Nato morto: è importante che abbia un nome, non è fondamentale che sia lavato o sepolto in un cimitero, la placenta è considerata parte del corpo e deve seguire lo stesso destino

Morte neonatale: acqua dal muro sacro della Mecca, volgere il volto verso la Mecca (sud-est) o girare la testa a destra

gambe e braccia dritte, occhi e bocca chiusi , partecipare alla cura post-mortem (lavare), sepolitura subito dopo la morte

---

Cinesi: credono fortemente nello spirito del mondo e che i loro parenti vivano in esso. I bambini sono creduti continuare a crescere nello spirito del mondo protetti dagli antenati.

Sepolitura subito dopo la morte. Il deceduto riceve soldi e altre cose che lo possono aiutare a continuare nello s.d.m.

---

Ebrei: feto di almeno 5 mesi di gestazione, il nato morto ed il neonato morto sono sepolti in un cimitero dopo il lavaggio rituale (taharah) e la circoncisione. Tomba con nome.

---



Il reparto va aperto a chi può dare aiuto

- *la famiglia onora il morto-*

Dare tempo aggiuntivo alla famiglia

-*mediazione LC-*

Dare uno spazio adeguato alla famiglia (*preghiera, canto ect.*)

---

La possibilità che il bambino muoia viene prospettata prima che siano certi i segni terminali, permettendo così ai genitori un tempo di preparazione ed un'iniziale elaborazione del lutto (*chiedere "c'è qualcosa che volete fare per il vostro bambino che sta morendo?"*)

---

Preparare il bambino in modo adeguato ( *p.e. permettere il lavaggio anche simbolico del bambino* ), oggetti



Available online at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)



European Journal of Obstetrics & Gynecology and  
Reproductive Biology 132 (2007) 3–7



Review

## The perinatal autopsy: Pertinent issues in multicultural Western Europe

Sanne J. Gordijn<sup>a,\*</sup>, Jan Jaap H.M. Erwich<sup>a</sup>, T. Yee Khong<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Department of Obstetrics and Gynaecology, University Medical Centre Groningen, P.O. Box 30001, 9700 RB Groningen, The Netherlands

<sup>b</sup>Department of Histopathology, Women's and Children's Hospital, North Adelaide, Australia

Received 10 May 2006; received in revised form 10 August 2006; accepted 19 October 2006

*“Non vi è nessuna reale e totale proibizione contro l’esecuzione della  
autopsia tra le più importanti religioni ma...”*

# Autopsia nelle diverse religioni

INDUISMO

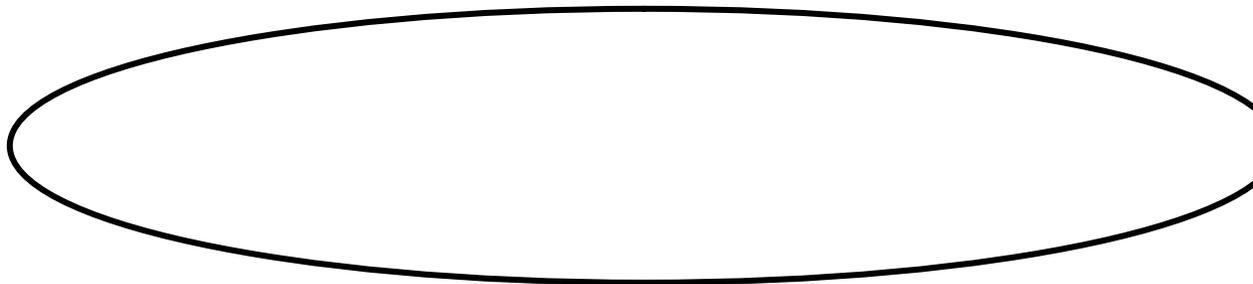
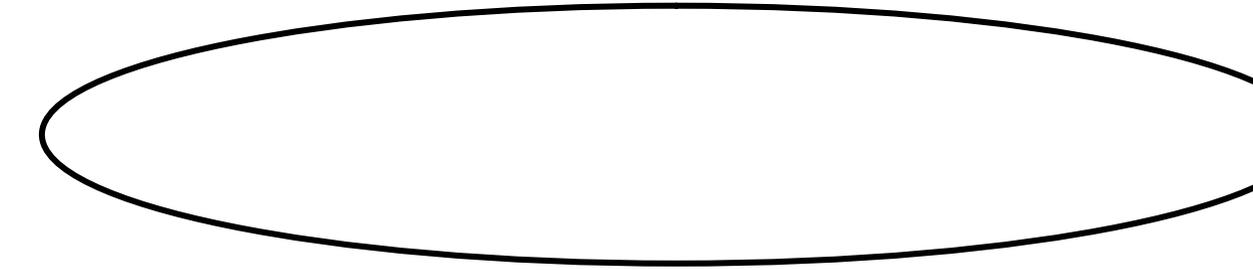
BUDDISMO

EBRAISMO

ISLAM

PROTESTANTE

CHIESA  
ORTODOSSA



---

*‘ Dai un piedistallo al bambino.... ...quando crescerà  
il bambino ti darà anche egli un piedistallo’*

*( Bakwa Cienze, Congo)*

---