

# ESSERE MADRE IN TERRA STRANIERA

## Introduzione

In Italia la composizione della nostra società si è molto modificata negli ultimi dieci anni, in seguito all'aumento della popolazione immigrata.

Si tratta di una popolazione giovane, in età riproduttiva, con una sostenuta presenza femminile (48,4 %), di poco inferiore percentualmente a quella maschile (1), con una buona presenza di nuovi nati (9,5% di tutte le nascite) e di minori, figli di immigrati, famiglie che presentano un comportamento tendente alla stabilità.(1).

La presenza attuale straniera in Italia proviene dall'Europa dell'Est (47,9%), dall'Africa del Nord (23,5%) seguita dall'Asia (16,8%) e dalle Americhe (11,5%) (1-6-8-).

Le prime 5 nazioni maggiormente rappresentate sono: al primo posto la Romania, al 2° l'Albania quindi il Marocco, Ucraina e la Cina Popolare (1).

Le donne dell'Est Europa sono donne giovani, sole, con un livello di istruzione medio-alto. Molte di loro hanno figli lasciati nei paesi di origine.

Nel considerare la situazione delle donne straniere, che giungono alla nostra osservazione, occorre tenere presente se provengono da aree rurali o da città, dal Sud o dal Nord di un determinato paese, la religione di appartenenza, perché tutto ciò comporta usi e abitudini diversi anche all'interno della medesima cultura. (2).

“Al Nord Est di Italia la cicogna parla sempre più straniero” è il titolo di un giornale locale che riportava come in questa area ben 15 bambini su 100 sono stranieri.

Il Veneto è al quinto posto tra le regioni per tasso di natalità, preceduto dal Trentino, Campania, Sicilia e Lombardia e la città in Veneto dove si nasce di più è proprio Treviso (con un tasso di natalità del 10,8‰ su 1000 abitanti) che risulta essere una delle città più prolifiche d'Italia grazie anche alle donne immigrate.

## L'esperienza dei Consultori Familiari:

Il loro ruolo è risultato cruciale sia per la collocazione territoriale, che garantisce alle donne in gravidanza, provenienti da altri paesi, un accesso più facile e meno burocratizzato, sia per la sua funzione di filtro nei confronti di altri Servizi di II° livello.

Le motivazioni del primo accesso riguardano 4 voci: in percentuale più elevata la gravidanza, seguita dalle richieste di IVG, dalla contraccezione e altro. (Nel gruppo “altro” rientrano in n° abbastanza elevato le consulenze preconcezionali, che a nostro parere mascherano, in maniera non del tutto velata, richieste di rassicurazione sulla capacità riproduttiva, anche in donne molto giovani, dopo solo pochi mesi di rapporti completi e le consulenze per sterilità “vere”, per lo più di tipo secondario). Poche frequentano i Corsi di Preparazione al Parto per la difficoltà con la lingua. Tuttavia assistiamo ad un aumento di richieste e di iscrizioni da parte di donne che da più tempo vivono in Italia. Sono più presenti donne dell'Europa dell'Est e Sud Americane.

La maggior parte di queste donne hanno un livello di istruzione scolastica medio-superiore, sono sposate, ed hanno un'età compresa tra i 24-30 anni. Irrilevante è il numero di minori che si rivolgono ai CCFF.

Dalle indagini dell'ISS viene riportato che le donne straniere sono proprio le maggiori fruitrici dei Servizi Pubblici quali i CCFF e gli Ospedali: più dell'80% dei casi rispetto alla popolazione italiana che li utilizza nel 33% per i controlli e le visite in gravidanza (1).

Il profilo della donna che fa riferimento ai CCFF è una donna giovane, con figli a carico, con gravidanze ravvicinate, che presenta spesso anemia, ricoveri per iperemesi gravidica, la cui dieta è ridotta o inadeguata. Inoltre, non conosce o non comprende a pieno le pratiche contraccettive, con frequente ricorso all'IVG.

Da una ricerca in diverse regioni italiane sulla popolazione immigrata si rileva una maggiore percentuale di donne che hanno avuto complicanze durante la gravidanza rispetto alle donne italiane,

-maggior incidenza di aborto spontaneo,

-di nati prematuri,

- un'elevata percentuale di neonati di basso peso alla nascita,

da ricondursi ad una sorveglianza prenatale ridotta rispetto alle donne italiane (15-6).

Molte donne immigrate non eseguono tutti gli esami richiesti, la prima visita è effettuata dopo il 3° mese di gestazione ed il n° delle ecografie risulta al di sotto non solo rispetto a quello delle donne italiane, ma anche al di sotto del numero richiesto dai protocolli delle Linee Guide.

Pur emergendo negli anni un miglioramento dell'assistenza in gravidanza, al parto e in puerperio, permane ancora un numero di donne che non ha avuto alcuna assistenza in gravidanza (4%).

Del resto la gravidanza viene vissuta come espressione massima di salute e quindi ogni forma di medicalizzazione, accertamenti, ecografie è eseguita con molta resistenza.

Viene riportato che molte donne riferiscono di apprezzare che il parto avvenga in Ospedale, si sentono meglio seguite e non hanno nostalgia del parto casalingo.(10)

Il parto spontaneo è preferito al T.C.; è naturale e permette di avere molti figli in futuro.

Osservando le tipologie del parto, vaginale o cesareo, le percentuali sono molto simili a quelle delle donne italiane.

La percentuale dei T.C. è aumentata anche per le donne straniere, anche se con notevoli differenze interetniche (8). Sembra che il ricorso al TC rispetto alle donne italiane sia legato a situazioni di urgenza più che ad interventi programmati.

Alcuni osservatori parlano anche di cesarizzazione da "gap comunicativo" per difficoltà di comprensione, non solo della lingua, ma anche del linguaggio analogico del corpo. L'intervento potrebbe essere effettuato non per reali condizioni patologiche, ma per superare ostacoli di tipo culturali e relazionali.

Viene segnalato un ridotto allattamento al seno, a causa del fatto che queste donne devono tornare subito al lavoro o devono inviare precocemente i loro figli nei paesi di origine. (4-15)

Il momento più difficile per le donne immigrate è proprio quello del parto e il ritorno a casa, per l'assistenza alla nascita medicalizzata e ospedalizzata, per la carenza di aiuto al ritorno a casa, come del resto anche per le italiane. Ma per queste esiste una rete relazionale di supporto, che si attiva nelle cure alla puerpera e al nuovo nato, che, invece, viene a mancare nelle donne immigrate. Il supporto alla puerpera è un dato fondamentale riconosciuto da tutte le società, seppur agito in maniera diversa, (i giorni della quarantena), in cui la donna è accudita e curata, e il suo unico compito è quello di riposare, allattare, e recuperare le forze.

Le visite domiciliari delle ostetriche spesso rilevano situazioni di disagio:

- alloggi e servizi inadeguati, pulizia precaria,
- necessità delle donne di dovere precocemente accudire il resto della famiglia già nei primi giorni di puerperio (il marito, i figli, i parenti del marito che spesso vivono nella stessa casa)
- richiesta di attività sessuale vissuta come troppo precoce da parte della donna, che è invece "presa" dai bisogni del neonato,
- preoccupazione sull'insorgenza di altre gravidanze.

Per la maggior parte delle donne che provengono dai Paesi in via di sviluppo, che non hanno intrapreso un percorso di emancipazione e una riflessione sul ruolo femminile, la maternità è un momento decisivo ed importante della costruzione dell'identità femminile, essere donna vuol dire essere madre: l'essenza della femminilità coincide con quella della maternità.

Nei loro paesi di provenienza la gravidanza e il parto danno un forte riconoscimento sociale, un'elevazione del proprio status sociale nella comunità, per cui fanno ancora molti figli e mantengono questa propensione nei contesti di immigrazione, sia per confermare la propria identità, sia per tenere unite la famiglia, e per trovare strade di integrazione nel paese dove hanno deciso di vivere.(1-2)

Se la donna si trova da poco in Italia la gravidanza è vissuta come un momento di solitudine, solo con sporadici contatti telefonici con la famiglia d'origine, il marito lavora tutto il giorno, la donna rimane da sola in casa.

Le difficoltà date dalla migrazione si ripercuotono sulla maternità, sviluppando un rapporto con questa problematico e conflittuale (frequente ricorso all'aborto, difficoltà a gestire la propria sessualità e capacità riproduttiva, scelte di vita che possono provocare profonde lacerazioni sul tessuto della propria identità.)

La gravidanza comporta, inoltre, la necessità di "riformare" il progetto di vita iniziale, adeguare le proprie esperienze di lavoratrice a quello di madre, senza un supporto familiare con incertezze economiche e "giuridiche".

Comporta, ancora, preoccupazione per l'educazione del figlio in una terra straniera, con relativi risvolti dal punto di vista sociale. (4)

Sradicate dal loro entourage familiare ed amicale, dai loro riferimenti culturali relativi alla maternità, partoriscono negli Ospedali spesso da sole o alla presenza del solo marito, circondate da operatori che hanno difficoltà a comprenderle.

## CONCLUSIONI

Gli Operatori, di fronte a tante diversità e sul piano linguistico e culturale, hanno cercato di offrire un ascolto e una accoglienza alle donne straniere, che si sono rivolte ai Servizi materno-infantili. Hanno cercato nuove modalità di approccio, rivalutato il peso che gli aspetti relazionali (la qualità della comunicazione, le incomprensioni, scontro tra le reciproche aspettative) ed emozionali (la paura del parto, il dolore, la solitudine, le abitudini, i codici e gli usi diversi) hanno in corso di gravidanza e durante il parto.

Nel tentativo di facilitare una comprensione per ottenere una corretta comunicazione soprattutto nell'area materno-infantile si è fatto ricorso alla mediazione culturale. Questo è uno strumento molto importante non solo per le utenti, ma anche per il lavoro degli operatori sanitari e per la funzionalità dei Servizi. Gli stessi operatori, però, sono prevalentemente preoccupati per gli aspetti sanitari, demografici ed epidemiologici del fenomeno migratorio, cogliendo, a nostro avviso, ancora in maniera marginale gli aspetti emozionali della gravidanza e della maternità.

Per ogni donna la sua età, la sua condizione sociale, il desiderio o meno del bambino che sta per nascere, la sua relazione col partner, il grado di istruzione, le aspettative sue e dei suoi familiari su questo evento, sono elementi determinanti per la gravidanza e il parto (pag. 30 del 15).

Ed è per questo che riteniamo che tutti coloro che si occupano della tutela della salute della donna e del bambino non dovrebbero mai trascurare il bagaglio culturale e psicologico che ogni donna immigrata racchiude in sé.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Lombardi L.” *Donne immigrate e salute riproduttiva tra modelli culturali e condizioni sociali*” Working Papers del Dipartimento di Studi Sociali 15/12/2004
- 2) AA.VV. “Percorsi di donne .Donne immigrate: gravidanze e maternità.” Percorsi Editoriali di Carocci Editori-Roma 2001
- 3) Spinelli A. e Al. “ *L’assistenza alla nascita delle donne straniere dopo l’introduzione delle nuove normative*” V° Congresso Naz. SIMM, Erice 19-22 Maggio 2002
- 4) Marrone A. e Al. “*Aspettare un figlio in terra straniera*” sta in Salute e società multiculturale
- 5) Sito del Centro Salute e Ascolto Donne Immigrate [www.ao-sanpaolo.it](http://www.ao-sanpaolo.it)
- 6) Epicentro ISS “ *Percorso Nascite e Immigrazione* “ [www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it)
- 7) Spinelli A. “ *Indagine Epidemiologica sulla salute riproduttiva delle donne extracomunitarie*” [www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it)
- 8) Buscaglia e coll. “ *Nascere stranieri: accoglienza e assistenza* “ Atti di Giornate di Ostetricia e Ginecologia a Mestre Sett 2003-Marzo 2004
- 9) Chinosi L. “ *La genitorialità altrà? Genitori stranieri in Italia: quali scambi di saperi e di abitudini ?* “ Giornata di studio 12 Dic 2003 Mestre
- 10) Perino M.” *Madre e straniera . Donne immigrate, maternità e reti femminili* “ sta in BAB Passaggi e Paesaggi Interculturali Periodico di approfondimento n° 2 Anno I –Luglio 2004
- 11) Remotti S. “ *L’estrema solitudine . I vissuti di alcune donne straniere* “ sta in BAB Passaggi e Paesaggi Interculturali Periodico di approfondimento- n° 2 Anno I –Luglio 2004
- 12) Battistella G. e Al. “ *La popolazione immigrata dell’ulss di Treviso e i suoi bisogni sanitari*” Osservatorio Epidemiologico dell’ULSS n° 9 Treviso- Regione Veneto
- 13) Battistella G. “ *Profilo di salute dell’ULSS di Treviso . Anno 2002. Popolazione, stato di salute, bisogni sanitari e loro soddisfazione* “ Osservatorio Epidemiologico dell’ULSS n° 9-Treviso- Regione Veneto
- 14) Battistella G. “ *Bilanci di Salute 2004.*” Azienda Ulss n° 9 Treviso .Dipartimento di Prevenzione; Treviso Aprile 2005
- 15) Bassanello N. Tesi di Laurea “ *Donne immigrate e salute .Un’indagine nella Provincia di Treviso* “ Facoltà di Scienze della Formazione – Università Degli Studi di Bologna
- 16) Anolf CISL – Caritas Tarvisina “ *Cittadini Stranieri residenti a Treviso. Anno 2005* “
- 17) Balsamo E. e Al.”*Mille modi di crescere . Bambini immigrati e modi di cura* “ Franco Angeli Edizioni-Milano 2002
- 18) Battistella G.” *Deliveries and legal abortions among immigrant women in the Health Distrect of Treviso* “ Osservatorio Epidemiologico dell’ULSS n°9-Treviso
- 19) Balsamo F. “*Da una sponda all’altra del Mediterraneo. Donne immigrate e maternità* “ L’Harmattan Italia, Torino 1997