

La salute delle donne indigene: una preoccupazione continua per molte nazioni ad alto reddito

K. CLARK

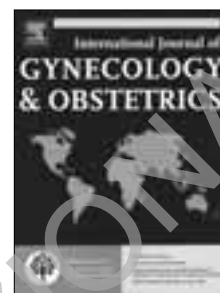
INDIGENOUS WOMEN'S HEALTH: A CONTINUING CONCERN FOR MANY HIGH-INCOME NATIONS

K. Clark

MidCentral District Health Board,
Palmerston North, New Zealand

Int. J. of Gynecol. and Obstet. 103:1-2, 2008
0020-7292\$ - see front matter

© 2008 International Federation of Gynecology and Obstetrics



L'esame dello stato di salute degli indigeni di varie nazioni è un esercizio che viene frequentemente intrapreso, e dal mio personale punto di vista sono spesso portato a considerare perché la salute dei Maori neozelandesi o degli aborigeni australiani risulti così sfavorita nel confronto con quella della maggioranza bianca di questi due Paesi – e, più esplicitamente, perché questo divario non venga colmato.

Indigeno significa semplicemente che ha avuto origine in un particolare luogo, ma qui sto definendo la popolazione indigena come quella originaria di un Paese, e in particolare nel contesto di una nazione in cui vi è stata la colonizzazione e dove la popolazione originaria è diventata minoranza e/o una popolazione subordinata. Australia e Nuova Zelanda sono esempi evidenti, come lo sono Stati Uniti e Canada, ma ci sono molte altre nazioni ad alto reddito in cui ci si può aspettare che la salute delle popolazioni indigene migliori. La dimensione e la gravità della differenza nello stato di salute possono essere illustrate dalla aspettativa di vita delle donne in Australia e Nuova Zelanda. In Australia, usando le statistiche relative agli anni 1996–2001 (1), l'aspettativa di vita globale delle donne era, in tale periodo, di

82 anni. In confronto, quella delle donne indigene australiane era di 64,8 anni. Ora, detto in parole povere, una discrepanza di circa 17 anni. In Nuova Zelanda, facendo riferimento alle statistiche del 2001 (2), l'aspettativa di vita delle donne classificate come non-Maori era di 82 anni, quella delle donne Maori di 73 anni; ossia, in termini semplici, una differenza di circa 9 anni.

Se riflettiamo sulle ragioni mediche di queste discrepanze, vediamo chiare differenze nella prevalenza delle malattie e nelle cause di morte, con notevoli diversità, per quanto riguarda malattie cardiovascolari, diabete, e neoplasie (incluse quelle ginecologiche), nelle popolazioni indigene sia australiane che neozelandesi. La mortalità perinatale e infantile è più elevata e, per quanto riguarda lo stile di vita, in entrambi i Paesi le donne indigene fumano di più, fanno più spesso abuso di alcool e di altre sostanze, e sono maggiormente oggetto di violenze domestiche, rispetto a quelle non-indigene.

Tanto l'Australia che la Nuova Zelanda sono consapevoli delle differenze nello stato di salute e stanno investendo risorse per affrontare il problema. Tuttavia, quando si guarda con occhio critico allo stato di salute delle donne indigene, esso sta migliorando solo di piccole frazioni, e il divario tra popolazioni indigene e non-indigene non si sta colmando.

Alcune delle ragioni di questo deplorabile stato di cose sono relativamente evidenti, ma richiedono

la reiterazione: lo stato socioeconomico delle donne indigene si discosta notevolmente da quello delle donne non-indigene; c'è un evidente mal adattamento della popolazione indigena a uno stile di vita occidentale, e l'accesso alla sanità varia molto tra indigeni e non-indigeni. Gli indigeni semplicemente non desiderano accedere ai sistemi sanitari, oppure esistono barriere molteplici e problemi nei sistemi sanitari, come pure in quelli giudiziario e dell'istruzione? Questi sistemi sono sufficientemente focalizzati sull'assistenza e sul benessere degli indigeni? Senza dubbio, a contribuire al ridotto accesso sono la mancanza di operatori sanitari di origine indigena, i sistemi di credenze culturali, e le differenze delle medicine e dei metodi tradizionali usati dalla popolazione indigena (3).

Vanno stabiliti anche i motivi meno evidenti delle differenze in fatto di salute, sebbene alcuni possano essere ipotetici o manchino le prove. Qui occorre considerare gli atteggiamenti della maggioranza dei non-indigeni nei confronti della salute della popolazione indigena. Si può ipotizzare che posizioni neutrali o negative verso gli indigeni possano influenzare sfavorevolmente la salute di questi ultimi. Anche se i pregiudizi manifesti stanno diventando meno comuni, diffidenza, indifferenza e frustrazione per come può essere migliorato lo stato di salute della popolazione indigena contribuiscono tutte a limitare tale miglioramento.

Vanno ricordate anche le differenze genotipiche tra indigeni e non-indigeni; ad esempio, gli aborigeni australiani sono rimasti isolati dall'influenza genetica esterna per circa 40.000 anni, essendosi verificato un brusco cambiamento appena 200 anni fa. Di conseguenza, c'è una reale discrepanza nella loro suscettibilità nei confronti di certi processi morbosi. Un corollario di questa linea di pensiero è la necessità di mettere alla prova se la "migliore pratica" di oggi sia applicabile anche alla popolazione indigena. I farmaci e i trattamenti scoperti per funzionare meglio nella maggioranza non-indigena sono necessariamente quelli ottimali anche per la popolazione indigena? Come operatori sanitari dovremmo domandarci se le nostre modalità di trattamento funzionano altrettanto bene negli indigeni e nei non-indigeni (3).

Come possono essere colmati, allora, questi divari? La necessità di migliorare le condizioni socioeconomiche della popolazione non-indigena non richiede ulteriori infioresciture. La sistemazione del personale e le esigenze culturali della popolazione indigena per mezzo dei sistemi sanitario, giudiziario e dell'istruzione dei Paesi sono ugualmente lampanti, facendo in modo che tali sistemi funzionino per la popolazione indigena e sforzandosi di renderli più ac-

cessibili e accettabili. I responsabili principali delle decisioni devono naturalmente ascoltare gli indigeni ad ogni stadio dello sviluppo del sistema sanitario e di altri sistemi; tuttavia, è improbabile che le consultazioni con gli indigeni, non importa quanto frequenti, siano sufficienti. L'incorporazione dei punti di vista e degli approcci della popolazione indigena nel disegno dei sistemi che la servono sembra essere essenziale, se si vuole che questi siano più efficienti.

Ricerche e verifiche per quanto riguarda tutti gli aspetti della salute degli indigeni sono in corso anche in Australia e Nuova Zelanda. Queste ricerche e la raccolta di informazioni necessitano di risorse adeguate, con un uso mirato di tutti i fondi disponibili. Attenzione deve essere prestata alle ricerche svolte in altre parti del mondo dove i problemi delle popolazioni indigene sono inevitabilmente simili (3).

Essenziale è, in qualsiasi particolare nazione, tracciare continuamente il profilo delle discrepanze, per quanto riguarda lo stato di salute, tra indigeni e non-indigeni. Questo profilo deve essere tracciato in maniera costruttiva ed onesta, evitando le iperboli, gli isterismi, e la costruzione di piattaforme per coloro che, nella nostra società, desiderano trarre in qualsiasi modo profitto dalla divulgazione di tali informazioni. Il profilo degli aspetti volti al miglioramento delle popolazioni indigene deve combinarsi a strategie per conquistare e motivare sia queste popolazioni che quelle non-indigene di ogni particolare nazione. Sebbene ci sia stato un comprensibile ed appropriato allontanamento dagli approcci paternalistici alle esigenze di salute degli indigeni, ciò si è accompagnato, almeno in Australia e in Nuova Zelanda, a una tendenza delle popolazioni indigene a ritirarsi dai (o almeno a non impegnarsi nei) problemi di maggiore importanza, nel timore di sembrare paternalistiche. Con il maturare dei nostri approcci a questi problemi, dobbiamo trovare il modo di garantire che la maggioranza della popolazione di ogni nazione veda il colmare dei divari nell'assistenza sanitaria come fondamentale per i migliori interessi dell'intera nazione (3).

Infine, e cosa forse più importante, è necessario proseguire in maniera incessante negli sforzi per colmare i divari. Anche se è vero che in alcuni Paesi il progresso è stato lento, miglioramenti si sono ottenuti e continueranno a essere compiuti. La FIGO (*Fédération Internationale de Gynécologie-Obstétrique*) ha una posizione ideale per tracciare un profilo continuo delle differenze e inadeguatezze dell'assistenza sanitaria alle donne indigene in molte nazioni del mondo. Ugualmente, tuttavia, ciascuno di noi deve, nella pratica quotidiana, essere consapevole di questi problemi e cercare di affrontarli ad ogni occasione.

Bibliografia

1. Australian Bureau of Statistics and Australian Institute of Health and Welfare. The Health and Welfare of Australia Aboriginal and Torres Strait Islander Peoples 2005. Australia: ABS and AIHW; 2005.
2. Ministry of Health. Tatau K311Ukura: Maori Health Chart Book 2006. Public Health Intelligence Monitoring Report No. 5. Wellington' New Zealand; Ministry of Health; 2006.
3. Clark K. Indigenous Women's Health: An Australian Perspective J Obstet Gynaecol Res, 2007;33s1:558-61.

© CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI