

Immigrati e servizi socio-sanitari nell'evento nascita: i risultati di un'indagine empirica a Torino

Rosy Musumeci

L'articolo analizza le esperienze degli utenti immigrati dei servizi sanitari pubblici in area perinatale a Torino. Gli studiosi del fenomeno migratorio si sono sempre più interessati all'impatto delle politiche sociali sul processo di integrazione, anche per quanto riguarda l'accesso ai servizi sanitari. Secondo gli studi incentrati sui servizi di salute materna e infantile, la burocrazia e le barriere linguistiche sono alcune delle cause di un accesso ridotto a informazioni o servizi sanitari dei genitori immigrati. Ci sono pochi studi che esplorano tali problemi nel contesto italiano. Lo scopo di questo articolo è iniziare

a colmare questa lacuna. In primo luogo, l'articolo descrive sinteticamente il recente processo di riorganizzazione dell'assistenza pubblica dei servizi sanitari perinatali a Torino e le principali caratteristiche degli utenti di questi servizi con particolare riguardo alla presenza di immigrati. Quindi, analizza le esperienze con i servizi sanitari locali perinatali di un gruppo di trentasei immigrati provenienti da Perù, Romania e Marocco. In conclusione, l'articolo sottolinea i principali aspetti critici nel sistema sanitario pubblico perinatale locale emerso dall'analisi.

1. Introduzione

Il presente lavoro analizza le esperienze di utenti immigrati dei servizi sanitari pubblici nell'assistenza perinatale a Torino.

Gli studiosi che si occupano delle migrazioni sono stati sempre più interessati all'impatto delle politiche sociali sul processo di integrazione, con riguardo anche all'accesso ai servizi sanitari (Delvaux e al., 2001; Norredam e al., 2004; Lay e al., 2006, Hernandez-Quevedo e Jimenez-Rubio, 2009; Bollini e al., 2009), ma ci sono pochi (e recenti) studi, soprattutto per il caso italiano, che esplorano l'uso dei servizi pubblici per la salute materna e infantile. L'aumento dell'immigrazione è una delle sfide più importanti per i sistemi di assistenza sanitaria di molti paesi che la sperimentano. Secondo diversi studi internazionali gli immigrati e le minoranze etniche, in generale, si trovano ad

affrontare condizioni di salute considerevolmente peggiori quando diventano genitori e utilizzano meno i servizi sanitari materno-infantili rispetto ad altri gruppi di popolazione in molti paesi d'accoglienza (Alderliesten e al., 2007; Rowe e al., 2008; Kuo e al., 2008; Malin e Gissler, 2009; Choté e al., 2011; Feijen-de Jong e al., 2012), inclusa l'Italia (Istituto superiore di sanità, 2011; Lariccia e al., 2013; Lauria e al., 2013): si sottopongono a un numero inferiore di visite e partecipano meno ai programmi educativi per genitori.

Diseguaglianze nell'accesso a tali servizi non soltanto costituiscono un indicatore del livello di integrazione sociale delle persone nate in un altro paese, ma non devono nemmeno essere sottovalutate per le conseguenze che esse possono avere sui tassi di mortalità materno-infantile (Who, Regional Office for Europe, 2005) e sul più generale livello di salute di queste persone (Bollini e al., 2009).

Sul versante dell'organizzazione, le barriere linguistiche, la burocrazia e la difficoltà di interagire con persone provenienti da culture diverse sono alcune delle cause del perché, dal punto di vista del personale, i programmi e i servizi per la salute materna e infantile hanno difficoltà a raggiungere gli immigrati (Euractiv Network, 2006). I motivi delle difficoltà di interagire con culture diverse per alcuni studiosi risiedono nella struttura normativa dei servizi sanitari materno-infantili, che sono basati su valori circa la maternità tipici della classe media bianca (Pettersson K., Pettersson C. e Håkansson, 2004). È per questo motivo che numerose organizzazioni sanitarie hanno predisposto servizi *ad hoc* per l'utenza di origine straniera o hanno comunque provveduto a facilitarne l'accesso per allineare la propria offerta alle sue specifiche richieste (Rossi e Tognetti, 2014).

Sul versante degli utenti, inoltre, non può essere ignorato il fatto che le decisioni, i tempi, le modalità d'uso dei servizi perinatali da parte degli immigrati (e in particolare delle immigrate dato il tipo di servizio preso in esame in questo articolo), il livello di soddisfazione e le relazioni (di cura) che intercorrono tra gli utenti stranieri e i professionisti che erogano la loro prestazione in tali servizi sono influenzati dall'operare di una molteplicità di fattori e di condizioni: da quelli più specificamente *socio-economici* a quelli più *culturali*.

Non solo la classe sociale d'appartenenza e le differenti risorse economiche, personali ed educative di cui gli individui dispongono possono determinare differenti abitudini, comportamenti e aspettative verso i servizi sanitari degli stranieri rispetto ai nativi, ma anche la diversità culturale nelle visioni (oltre che nelle definizioni femminili

soggettive) del parto e della nascita, visti come processi fisiologici e naturali che non richiedono l'intervento medico o, al contrario, come esperienza che necessita di medicalizzazione per essere vissuta al riparo da rischi per la salute della donna e del bambino, influenzando le credenze circa quando e quante volte è considerato «ragionevole» sottoporsi a visita medica, chiedere consiglio agli esperti e, in definitiva, sull'importanza stessa attribuita all'assistenza sanitaria.

Ci sono pochi studi che esplorano tali questioni nel contesto italiano. Lo scopo di questo articolo è quello di cominciare a colmare questa lacuna.

In primo luogo, sulla base delle informazioni raccolte attraverso una mappatura (relativa a tre anni: 2010, 2011 e 2012) di dati (micro) quantitativi e di interviste e di *focus groups* con testimoni qualificati, esso descrive brevemente il recente sviluppo e i principi cardine del processo di riorganizzazione dell'offerta pubblica di servizi socio-sanitari in area materno-infantile a Torino e le principali caratteristiche delle utenti di questi servizi, con particolare riguardo alla presenza immigrata. Successivamente sono analizzati i vissuti assistenziali e le esperienze personali con i servizi sanitari locali in area perinatale di un gruppo di genitori immigrati provenienti dal Perù, dalla Romania e dal Marocco. Il materiale empirico è composto da interviste qualitative longitudinali condotte con ciascun partner di coppie immigrate (con la stessa traccia di intervista) durante la gravidanza e un anno e mezzo dopo la nascita del loro primo figlio e da interviste con genitori immigrati con figli (almeno uno) di età compresa fra gli zero e i sei anni. Gli intervistati coinvolti sono in tutto trentasei e le interviste effettuate in totale quarantaquattro. In conclusione, l'articolo evidenzia alcuni aspetti critici, emersi dall'analisi, nell'implementazione del modello organizzativo e assistenziale locale in area materno-infantile con riguardo agli utenti immigrati.

2. Diritto all'assistenza sanitaria e comportamenti riproduttivi degli immigrati nel contesto italiano

L'uso dei servizi sanitari da parte degli immigrati è influenzato dalle specifiche politiche del paese ospitante (Solé-Auró e al., 2009, 2011). Il Servizio sanitario nazionale italiano (Ssn) garantisce assistenza a tutti i cittadini italiani e anche agli stranieri (compresi quelli non in regola con le norme di ingresso o di soggiorno) che si trovino a vario

RPS

Rosy Musumeci

titolo sul territorio nazionale (legge n. 40/1998) (Toth, 2014). La tutela della maternità e della salute del minore è garantita a parità di trattamento con i cittadini italiani (legge n. 176/1991).

Per quanto riguarda i comportamenti riproduttivi e l'allattamento, nel periodo a cui si riferisce il nostro studio (2010-2015), il tasso di fecondità delle donne straniere oscilla da 2,43 figli per donna nel 2010 a 1,94 nel 2015 ed è più alto di quello delle italiane (1,34-1,27) (Istat, 2017¹). L'età media al parto delle donne italiane, negli stessi anni, è di 31,9-32,3 anni, quella delle straniere di 28,1-28,7. Per entrambi i gruppi si osserva un trend verso la riduzione del tasso di fecondità e un aumento dell'età media al parto nel tempo. Tra le immigrate è maggiore sia la quota di donne che allatta (l'89,4% contro l'84,6 delle italiane) sia la durata dell'allattamento (9,2 mesi in media, contro 8,1 delle italiane). Per quanto riguarda l'uso dei servizi, in confronto alle italiane, le donne straniere residenti in Italia, in gravidanza, tendono a effettuare più tardi la prima visita (nel 2013 eseguiva la prima visita dalla dodicesima settimana di gravidanza il 12,3 per cento delle donne con cittadinanza straniera contro il 2,6 delle italiane), facendo inoltre ricorso a un numero inferiore di controlli (Ministero della Salute, 2015) similmente a quanto osservato in altri paesi «sviluppati». E questo sembra essere correlato con un più elevato rischio di mortalità perinatale per le madri immigrate (Lariccia e al., 2013).

3. Dati e metodo

Le fonti per ricostruire il processo di riorganizzazione e lo stato dell'offerta assistenziale pubblica in area perinatale a Torino, nel periodo in cui sono state realizzate le interviste, sono molteplici: rapporti di ricerca, siti internet, colloqui e *focus group* con testimoni qualificati e con operatori sanitari. Le caratteristiche delle utenti dei servizi pubblici in area materno-infantile per il triennio 2010-2011-2012, in particolare dei consultori familiari e dei Punti nascita pubblici cittadini, sono tracciate a partire, rispettivamente, dai dati forniti su richiesta dai dipartimenti materno-infantili S.C. Ost-Gin, dai consultori familiari e pediatria di comunità di ciascuna delle due Asl torinesi e dai certificati di assistenza al parto (Cedap) forniti dal Servizio sovrazonale di

¹ Database online http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_FECONDI TA1.

epidemiologia della Regione Piemonte. Infine, per analizzare esperienze personali concrete, motivazioni, significati e livello di soddisfazione per i servizi sanitari pubblici in area materno-infantile, è stato realizzato uno studio qualitativo a Torino che ha comportato la conduzione di quarantaquattro interviste semi-strutturate con trentasei padri e madri immigrati nell'ambito del progetto «Practices and Policies around Parenthood. Work-Family Balance and Childcare Policies in Multicultural Contexts», co-finanziato dalla Compagnia di San Paolo e dall'Università di Torino e coordinato dalla professoressa Manuela Naldini. Il principale canale di reclutamento degli intervistati sono stati gli ospedali e i consultori familiari pubblici. Le interviste sono state registrate, trascritte e, una parte di esse, codificate attraverso il programma di analisi dei dati qualitativi Atlas.ti.

4. Percorso nascita e Agenda di gravidanza

Il contesto in cui sperimentano l'assistenza alla nascita i nostri intervistati è caratterizzato da un processo di riorganizzazione che ha riguardato l'offerta pubblica di assistenza in area materno-infantile nella regione Piemonte, avviato a partire dal d.g.r. 34-8769 del 12 maggio 2008 e dalla pianificazione regionale che definiscono il cosiddetto «Percorso nascita».

Nella documentazione ufficiale sopra citata, si definisce Percorso nascita «l'insieme di tutte le prestazioni offerte dalla Regione Piemonte per promuovere la salute della donna e del bambino e per fornire assistenza in gravidanza, all'atto del travaglio e del parto e, successivamente, durante l'allattamento e il puerperio. Si tratta di un modello organizzativo e assistenziale il cui obiettivo è quello di accompagnare la donna/coppia e il neonato durante la gravidanza, il travaglio, il parto e il dopo parto nel loro contesto di vita».

Per quanto riguarda il rapporto paziente-servizio, il modello di assistenza alla nascita introdotto in Piemonte nel 2009 mira a rifondare la collaborazione tra la donna e i servizi socio-sanitari al fine di promuovere il diritto alla salute, una migliore assistenza e scelte consapevoli da parte della donna veicolando un «rapporto terapeutico» e una «relazione di cura» maggiormente orientati a logiche di *empowerment* piuttosto che di *compliance* e promuovendo una cultura assistenziale più responsabilizzante. Per quanto concerne il rapporto dei servizi tra di loro, tale modello assistenziale mira a promuovere l'integrazione, il col-

RPS

Rosy Musumeci

legamento tra servizi ospedalieri ed extra-ospedalieri e la continuità dell'offerta assistenziale.

Al fine di implementare il Percorso nascita l'Assessorato alla Tutela della salute e sanità ha ideato e introdotto la cosiddetta Agenda di gravidanza. Distribuita gratuitamente alle donne, sia italiane che immigrate, in attesa di un bambino dal 1° ottobre 2009 (e rieditata nel 2012) presso i circa duecento consultori del Piemonte, l'Agenda di gravidanza è sia uno strumento degli operatori sanitari per riportarvi (e archiviare in modo sistematico) i dati clinici da monitorare durante la gravidanza, e che costituiscono un patrimonio di informazioni necessarie per un'assistenza appropriata e personalizzata, sia un mezzo informativo per la donna. Essa contiene inoltre sedici impegnative mutualistiche per gli esami di base, tutte esenti da ticket e già firmate, utilizzabili dalle donne (esclusivamente) presso i laboratori e gli ambulatori pubblici. Le prestazioni gratuite previste per il Percorso nascita sono quelle indicate nel Profilo assistenziale per la gravidanza fisiologica (cioè a basso rischio di patologia) concordato tra gli operatori consultoriali e ospedalieri della Regione Piemonte.

5. Utenti straniere dei Punti nascita e dei consultori pubblici torinesi: caratteristiche socio-demografiche ed epidemiologiche

I dati provenienti dai Certificati di assistenza al parto (Cedap)² consentono di evidenziare le principali caratteristiche dell'utenza dei Punti nascita pubblici cittadini che sono gli ospedali Maria Vittoria, Martini, Mauriziano Umberto I e l'ospedale ostetrico ginecologico Sant'Anna. Il primo è di appartenenza della Asl 2, il secondo della Asl 1, il Mauriziano e il Sant'Anna sono invece delle Ao (Aziende ospedaliere). Tranne il Martini, che è un ospedale di secondo livello, tutti gli altri sono di terzo livello³. In particolare dai certificati Cedap relativi agli

² I dati sono stati forniti, su richiesta, dal Servizio sovrazonale di epidemiologia Asl To 3 Regione Piemonte e trasferiti, codificati ed elaborati attraverso il software statistico Spss.

³ I livelli si riferiscono alle disposizioni del Progetto Obiettivo Materno-Infantile 1998-2000, alla legge regionale n. 61 del 12 dicembre 1997 e al d.g.r. n. 4-270 01, aprile 1999. Il primo livello dovrebbe assistere un numero non inferiore a quattrocento parti l'anno da gravidanze fisiologiche che si espletano oltre le trentaquattro settimane di età gestazionale; il secondo livello dovrebbe assistere un

anni 2010, 2011 e 2012 si evince che nel contesto locale torinese la quota di donne straniere che hanno partorito nel 2012 in uno dei quattro Punti nascita pubblici della città subalpina va da un minimo di circa un quarto a un massimo di quasi il 47%. La quota di parti riguardanti donne straniere è di gran lunga più elevata al Martini e al Maria Vittoria, dove supera il 40%, e addirittura nel 2012 al Martini è stata quasi la metà del totale (46,8%). Al Sant'Anna è straniera una madre su quattro; percentuali analoghe si riscontrano al Mauriziano.

Le donne immigrate che hanno partorito in uno di questi Punti nascita sono in genere più giovani delle italiane (hanno un'età media di ventotto anni contro i trentatré delle italiane), posseggono titoli di studio più bassi (in tutti gli ospedali la quota di straniere laureate è più bassa di quella riscontrata tra le italiane di 16,9-22,2 punti percentuali) e più frequentemente dichiarano di essere disoccupate o casalinghe. In particolare tra le immigrate la quota di casalinghe supera la metà in due Punti nascita su quattro, mentre fra le italiane tale quota va dal 7 al 17,3%. È al primo figlio il 49,2% delle straniere contro il 56,9 delle italiane. Il fenomeno che qui definiamo della *young motherhood* (cioè avere il primo figlio sotto i diciotto anni) è relativamente più diffuso tra le straniere (1,2% contro 0,3 delle italiane), mentre quello della *late motherhood* (averlo dai quaranta anni in su) interessa più frequentemente le italiane (8% contro 2,4 delle immigrate).

I dati Cedap consentono anche di stabilire il numero di visite effettuate nell'arco della gravidanza dalle madri che hanno partorito in uno dei quattro Punti nascita pubblici torinesi. Nel triennio considerato, tra le straniere la percentuale di donne che hanno effettuato sino a un massimo di quattro visite in gravidanza è doppia rispetto a quella riscontrata tra le italiane (14%), confermando il minor ricorso all'assistenza in gravidanza evidenziato da altri lavori (Istituto superiore di sanità, 2011; Lariccia e al., 2013; Lauria e al., 2013).

Similmente al dato nazionale i servizi più utilizzati dalle donne immigrate a Torino risultano essere, com'è noto, i consultori, strutture sanitarie territoriali istituite dalla legge n. 405/1975 cui si accede gratuitamente e senza impegnativa del medico curante e che si occupano di

numero non inferiore a ottocento parti l'anno e accogliere gravidanze a rischio «medio» e neonati che nascono dopo le trentadue settimane di età gestazionale; il terzo livello è dotato di terapia intensiva neonatale e dovrebbe accogliere gravidanze ad alto rischio e patologiche e neonati che nascono anche al di sotto delle trentadue settimane di età gestazionale.

RPS

Rosy Musumeci

informazione, consulenza, prevenzione, diagnosi e terapia di competenza del Sistema sanitario nazionale. A Torino esistono sedici consultori dislocati sulle due Asl cittadine. Negli anni dell'implementazione dell'Agenda di gravidanza si registra un aumento del numero delle utenti gravide, specie straniere, siano esse regolari, Eni (Europeo non iscritto) o temporaneamente presenti sul territorio torinese. Nel 2012 le donne complessivamente seguite durante la gravidanza dai consultori torinesi sono state 2.955 (con un trend in aumento rispetto all'anno precedente: +116). Di queste, sono straniere il 69,2%. Nonostante siano la stragrande maggioranza dell'utenza consultoriale, le straniere costituiscono però una quota minoritaria, rispetto alle italiane, tra le frequentanti i corsi di preparazione alla nascita erogati dai consultori nel 2012 (37,2 contro 62,8%).

6. I vissuti dell'assistenza nell'evento nascita

6.1 Il campione qualitativo

Il campione coinvolto nello studio qualitativo a Torino è composto da:

- ♦ nove coppie eterosessuali a doppia partecipazione nel mercato del lavoro in transizione alla genitorialità in cui sia la futura madre sia il futuro padre sono stati intervistati durante la gravidanza e alcuni (quattro coppie) anche dopo circa diciotto mesi dalla nascita del loro primo figlio (per un totale di ventisei interviste semi-strutturate).
- ♦ genitori immigrati di bimbi di età compresa tra gli zero e i sei anni (per un totale di diciotto interviste).

Sono quindi trentasei, in tutto, gli intervistati e quarantaquattro le interviste effettuate. Dei trentasei intervistati, la gran parte (ventuno) è costituita da immigrati comunitari provenienti dalla Romania e da extracomunitari provenienti dal Marocco (nove) e dal Perù (cinque).

Al momento delle interviste realizzate durante la gravidanza la maggior parte delle future madri e dei futuri padri immigrati ha meno di trent'anni, diploma di maturità o di laurea e lavori poco qualificati nel settore dei servizi. Solo in un caso entrambi i partner hanno un contratto di lavoro a tempo indeterminato; negli altri almeno un partner ha un contratto temporaneo o è un lavoratore autonomo o un disoccupato.

Qui tabella 1

RPS

Rosy Musumeci

In quasi tutti i casi (sette su nove) il reddito netto di coppia non supera i 1.500 euro.

Quanto all'altro gruppo di intervistati immigrati, cioè i genitori di bambini di età compresa fra gli zero e i sei anni, in maggioranza sono madri (tredici su diciotto) con due o più figli, di cui il più piccolo con meno di tre anni e, fatta eccezione per l'età, che in questo caso mediamente è superiore rispetto a quanto riscontrato nel primo gruppo (si concentrano nella coorte 30-39 anni), presentano caratteristiche socio-demografiche simili al primo gruppo: hanno un livello di istruzione medio-alto, svolgono lavori irregolari⁴ e poco qualificati nel settore dei servizi (soprattutto colf e badanti) e dispongono di un reddito medio di coppia al massimo di 1.900 euro. La tabella 1 riporta le principali caratteristiche socio-demografiche degli intervistati.

6.2 Conoscenza e utilizzo dei servizi

Dai dati relativi a ventisei dei trentasei genitori intervistati, ricavati da batterie di domande a risposta chiusa somministrate a conclusione dell'intervista qualitativa⁵, si evince che quasi tutti gli immigrati intervistati dichiarano di aver usufruito dei servizi. La situazione è diversa per i corsi di accompagnamento alla nascita (in ospedale o presso i consultori) e per quelli post-nascita: in proporzione, meno intervistati immigrati dichiarano di conoscerli e di usarli. Sia questo dato che il precedente confermano quanto già rilevato nei paragrafi precedenti a proposito della tendenza degli immigrati, rispetto agli italiani, a usare i consultori più frequentemente e al contempo a partecipare poco ai corsi pre e post-nascita.

Anche nel gruppo di immigrati intervistati solo in *I wave* (durante la gravidanza), ma caduti in *II* e ai quali quindi non è stato possibile

⁴ Soltanto un intervistato su tre ha un contratto di lavoro regolare a tempo indeterminato.

⁵ Nel caso delle coppie straniere si tratta dell'intervista di *II wave* successiva alla nascita. La domanda era formulata così: «Per concludere e sintetizzare quanto detto prima, di seguito troverà un elenco di servizi che potrebbero essere presenti nella Sua zona; Le chiediamo di indicare, per ciascuno di essi, se ne conosce l'esistenza, se lo ha utilizzato e, nel caso di risposta affermativa, di indicare il Suo grado di soddisfazione in riferimento all'utilizzo che ne ha fatto. Nel rispondere può scegliere tra: 1) per nulla soddisfatto; 2) poco soddisfatto; 3) abbastanza soddisfatto; 4) molto soddisfatto; 5) del tutto soddisfatto».

somministrare le batterie di domande a risposta chiusa, emerge che i servizi/professionisti più usati in gravidanza sono quelli consultoriali e che sono scarsamente usati i corsi pre e post-parto.

Quanto ai livelli di soddisfazione associati all'uso di un certo servizio, per «misurarli» sono state usate scale Likert dove a 1 corrisponde il dichiararsi «Per nulla insoddisfatto/a» e a 5 «Del tutto soddisfatto/a». Gli intervistati immigrati che hanno usato il consultorio (che come abbiamo visto sono più numerosi in percentuale) si dichiarano più frequentemente (= valore modale) «Abbastanza soddisfatti» (= 3).

6.3 Il desiderio di «umanizzazione» nella relazione terapeutica

L'analisi delle interviste qualitative effettuate con gli intervistati originari del Perù, della Romania e del Marocco ci consente di esplorare più a fondo i vissuti, i significati e le motivazioni dei percorsi assistenziali intorno all'evento nascita. Nel complesso, l'analisi conferma il buon livello di soddisfazione per i servizi fruiti e per i percorsi assistenziali seguiti emerso dalle batterie di domande.

Ad esempio Renata⁶, rumena, così racconta la sua esperienza con un consultorio dell'Asl To 2:

[Mi sono trovata] benissimo, sono proprio in gamba. Quando sono arrivata lì c'era solo l'ostetrica, una ragazza molto giovane [...] Una ragazza molto in gamba e molto, molto preparata. Mi ha fatto piacere che ci sono persone così preparate [*sorride*]. (*Renata*)

E Clarissa, peruviana:

Il consultorio familiare mi ha aiutato tanto, pure dopo la nascita. Mi hanno spiegato l'allattamento e c'era anche la ginnastica per il parto. Cioè loro mi hanno aiutato tanto. Non posso lamentarmi, sono stati tanto bravi. (*Clarissa*)

Nel caso di molti stranieri le istanze di «umanizzazione» dell'assistenza in gravidanza, parto e post-parto appaiono ricorrenti. Esse emergono attraverso l'espressione del desiderio e dell'apprezzamento di un atteggiamento «umano» da parte del personale sanitario, di una relazione più comunicativa ed empatica con i professionisti e nel riconoscimento dell'importanza che questo può avere nella determinazione di un vissuto positivo del parto e dell'allattamento per la madre (ma anche per il padre) e per il bambino.

⁶ I nomi degli intervistati sono inventati per tutelarne l'identità e la privacy.

Ad esempio Flaminia, rumena, commenta così la sua esperienza di parto cesareo in un ospedale cittadino:

Trovarmi lì da sola, con l'ambiente freddo, con quindici medici che mi giravano attorno [...] con l'anestesista che mi diceva «stai ferma» anche se quella puntura lì fa un male [ride] quindi non è stata proprio una bella esperienza. (*Flaminia*)

Avrebbe voluto godere, in particolare, di un maggior supporto ospedaliero nelle primissime fasi dell'allattamento, che ricorda come traumatiche:

Il giorno più terribile è stato il secondo giorno quando lei [la figlia] strillava che voleva la pappa [...] e la montata latte non arrivava [...] non mi sono trovata molto bene [...] cioè se mi avessero spiegato «guardi che l'acqua zuccherata o anche il latte artificiale è normale, glielo diamo noi se non ce l'hai», magari sarei stata un po' più tranquilla. [...] Sono rimasta un po' traumatizzata per quello, perché non mi hanno spiegato. [...] Anzi, mi hanno fatto sentire in colpa. (*Flaminia*)

Il compagno, Marco, peruviano, commenta così la loro esperienza:

Sembra che per loro si dà per scontato che ogni giorno nascono dieci, venti bimbi e tutti sono uguali. [...] Lei ha avuto difficoltà e il personale invece di incoraggiarla e farle vedere come si fa le hanno detto «lascia perdere, non sei capace, lasciami a me» e lei l'ha preso male perché si aspettava un altro atteggiamento. (*Marco*)

E Chiara, rumena, afferma di aver apprezzato molto l'atteggiamento e la relazione instaurata con il personale del consultorio che l'ha seguita durante la sua gravidanza e di quello ospedaliero durante il parto, soprattutto perché non si è sentita discriminata, per la sua diversa provenienza geografica, dal personale incontrato:

Al consultorio la ginecologa che mi ha seguito era una persona bravissima, proprio brava brava. Si è sempre preoccupata anche dopo, quando sono andata e tutto, è stata proprio brava brava. [...] E nelle ultime settimane che ero con questa pressione alta mi faceva venire ogni settimana per controllare il bambino per vedere come sta eh... [...] Anche in ospedale mi hanno trattata uguale a tutti gli altri pazienti, anche chi mi assistito durante il parto. (*Chiara*)

I (futuri) genitori immigrati intervistati in certi casi non riconoscono, non considerano utili più di tanto i saperi esperti e i servizi come i consultori. Ad esempio Giulia, marocchina, afferma:

R: Consultorio. Quello dove ti dà... ti aiuta a capire le cose. Sono andata una volta, e non sono più andata [...].

I: Non lo trovavi utile?

R: No, perché tanto sapevo già più o meno cosa che ti dicevano. Di comprare latte non quello con la marca ma quello senza marca, tanto cambiava solo che quello aveva la pubblicità e l'altro no. (*Giulia*)

Tuttavia in altri casi si riscontra la spinta a informarsi e a saperne di più, che si traduce e si esaurisce però frequentemente nel reperimento di informazioni sulla Rete, soprattutto tra le rumene e le peruviane, forse per la sua natura di essere un canale che consente di reperire informazioni a costo zero, in modo rapido e aggirando le barriere linguistiche o – dichiarano alcune intervistate – le difficoltà legate alla non facile reperibilità del personale sanitario. Ad esempio Claudia, peruviana, dichiara:

Riguardo alla mia gravidanza, diciamo a parte il consultorio, sì, sono molto collegata a Internet, quindi qualsiasi cosa, qualsiasi dubbio, vado sempre a cercare lì. È un buono strumento per le informazioni. (*Claudia*)

E Clarissa, peruviana:

Qualsiasi cosa aveva il mio bambino andavo su Internet [*ride*], perché chiedere alla dottoressa... Uno perché a volte non mi rispondevano al telefono, due perché mi dicevano «chiama dopo che la dottoressa adesso è impegnata», e io volevo risposte subito. (*Clarissa*)

Altri canali ricorrenti tra i nostri intervistati immigrati per il reperimento di informazioni, per i consigli sul parto e su come allevare il bambino sono quelli informali delle amicizie e della parentela. Alcune madri straniere intervistate fanno anche riferimento, considerandolo utile, al sapere esperto veicolato dai mass media attraverso specifici programmi televisivi⁷. Ad esempio Lamy, marocchina, afferma:

La vita ti fa imparare senza studiare. Non importa studiare. [...] tu senti i programmi di qua in televisione, le mamme, e così impari per forza. (*Lamy*)

⁷ Alcuni studiosi mettono in evidenza la proliferazione di prodotti dell'industria culturale (libri, riviste, film, siti Internet, programmi televisivi) che «portano» il cosiddetto sapere esperto in area perinatale al grande pubblico (Martin, 2014). Per il caso italiano, a titolo esemplificativo, si possono citare i reality tv *Sos Tata*, *Ostetriche*, *24 ore in sala parto*, *Il mondo segreto dei bambini*.

L'Agenda di gravidanza, che nel paragrafo 4 si è detta essere il principale strumento di implementazione del nuovo Percorso nascita in Piemonte, è considerata utile dalle madri immigrate, quando l'hanno ricevuta: non tutte le intervistate seguite dai consultori, infatti, l'hanno avuta; alcune l'hanno ricevuta in italiano, nessuna nella propria lingua. Micaela, peruviana, ad esempio afferma:

Li potevo per esempio vedere l'evoluzione della bambina e certe cose che magari uno, essendo la prima volta, non le sa. Mi mettevo a leggere tutto il giorno per capire, anche due o tre volte [*sorride*]. (Micaela)

7. *Discussione e conclusioni*

Le analisi sin qui condotte consentono di individuare alcuni nodi critici nell'implementazione del modello assistenziale locale in area materno-infantile, nell'esperienza che ne fanno in particolare gli utenti stranieri.

Tra le problematiche (formali e informali) che gli immigrati si trovano ad affrontare per accedere a questi servizi si segnalano i percorsi di accesso, la circolazione dell'informazione e il rapporto con il personale sanitario. In particolare, nonostante la deliberazione della giunta regionale 38-11960 del 4 agosto 2009 (nella quale si stabiliva la distribuzione dell'Agenda a tutte le donne residenti o temporaneamente presenti nelle singole Asl) prevedesse esplicitamente la traduzione dell'Agenda nelle lingue più diffuse tra gli stranieri residenti in Piemonte (inglese, francese, spagnolo, arabo e rumeno), le versioni in lingua non sono state sempre disponibili (né in versione cartacea né online) nella stessa misura di quelle in versione italiana e ogni consultorio si è a lungo organizzato con dei fogli aggiuntivi di accompagnamento forniti alla consegna dell'Agenda sintetizzanti i passaggi cruciali del percorso assistenziale e, in realtà, già in uso presso le realtà pubbliche territoriali prima dell'arrivo dell'Agenda di gravidanza. Le intervistate straniere o non l'hanno ricevuta affatto o l'hanno ricevuta unicamente in italiano. Soltanto un'intervistata peruviana dichiara di aver visto (ma non è chiaro dove e come) le versioni in lingua straniera, ma di aver ricevuto in consultorio l'Agenda in italiano perché le è stato detto (dagli operatori) che mancava quella in spagnolo.

Laddove non conoscano ancora bene la lingua del paese di arrivo, ciò potrebbe ostacolare la fruizione da parte delle immigrate delle infor-

mazioni e delle evidenze scientifiche contenute nell'Agenda di gravidanza e con questo compromettere non soltanto una più adeguata erogazione dei servizi sanitari (Rossi e Tognetti, 2014), ma il perseguimento stesso degli obiettivi dichiarati da questo modello di politica pubblica in ambito materno-infantile: ovvero la promozione sia della collaborazione tra le donne (tutte incluse, italiane e immigrate, quindi) e il servizio/professionista sia delle scelte assistenziali, di cura e terapeutiche consapevoli, rischiando di praticare modelli assistenziali differenziati a seconda della provenienza geografica della donna assistita, *empowerment* con le italiane e *compliance* con le immigrate.

Pare stridere anche nell'ambito dell'implementazione di un modello assistenziale improntato non solo alla flessibilità, all'accoglienza e al rispetto della varietà dei valori sociali e culturali, delle attitudini e dello stile di vita delle donne (si pensi ad esempio all'erogazione di pasti differenziati per le partorienti di diverse provenienze geografiche e confessioni religiose in molti Punti nascita pubblici torinesi) e delle loro famiglie, ma alla stessa equità. L'Agenda di gravidanza, infatti, in quanto strumento di politica pubblica, rimanda al significato dei Lea (Livelli essenziali di assistenza), volti a garantire ai cittadini e alle cittadine percorsi di assistenza e di cura appropriati ed equi, cioè utilizzabili da ognuna/o, indipendentemente dalle condizioni socio-economiche e dalle differenti provenienze geografiche (Perosino, Dotta e Musumeci, 2010).

Dalle interviste con padri e madri immigrati, poi, emerge che le istanze di «umanizzazione» dell'assistenza in gravidanza, parto e post-parto appaiono ricorrenti; emergono attraverso l'espressione del desiderio e dell'apprezzamento di un atteggiamento «umano» del personale sanitario, di una relazione più comunicativa ed empatica con i professionisti e nel riconoscimento dell'importanza che questo può avere nella determinazione di un vissuto positivo del parto e dell'allattamento per la madre (ma anche per il padre) e per il bambino. In questo senso appare cruciale nella loro esperienza assistenziale la relazione con i professionisti che operano nei servizi perinatali.

L'analisi dei discorsi degli intervistati sull'importanza della relazione assistita-medico/professionista fa riflettere sull'opportunità di inserire figure di mediazione, laddove non presenti, e di potenziarle, laddove già presenti, che agevolino la relazione di cura tra operatore sanitario/medico e paziente. Tali discorsi inoltre, più in generale, fanno riflettere sul ruolo della fiducia come meccanismo non soltanto assicuratore di un migliore vissuto dell'assistenza all'evento nascita e dello

RPS

Rosy Musumeci

stesso esito perinatale, ma anche preveniente comportamenti da parte del professionista rientranti nella cosiddetta medicina difensiva. Com'è noto una cattiva relazione con le persone assistite può innescare atteggiamenti di reciproca sfiducia e la paura del contenzioso medico-legale con la persona assistita condurre alla (iper)medicalizzazione dell'assistenza.

L'attenzione per l'aspetto comunicativo e relazionale tra assistita ed esperto appare quindi cruciale, specie se nella relazione terapeutica i soggetti che si confrontano sono stati socializzati a culture assistenziali e della nascita differenti e se si tiene conto che da un lato il modello «locale» di assistenza alla nascita, in cui l'esperienza della maternità viene di norma gestita all'interno di un quadro di riferimento medico-sanitario (pur all'interno di un trend generale verso la promozione della fisiologia della nascita), può modificarsi a partire dall'incontro con concezioni provenienti da paesi diversi e dall'altro che anche la cornice culturale circa (l'assistenza a) parto e nascita di cui sono portatori gli immigrati può andare incontro ad analogo destino, producendo forme innovative di ibridazione di modelli (Pennacini, 2012).

La consapevolezza di questa crucialità, con riguardo a tale fenomeno, appare, a parere di chi scrive, evidente anche nell'ambito della riorganizzazione dell'assistenza pubblica alla nascita in Piemonte e dell'adozione stessa dell'Agenda di gravidanza pensata appunto, anche, come strumento volto a migliorare la comunicazione e l'interazione tra assistita e professionista. Pertanto un ulteriore investimento nell'adeguato addestramento del personale sanitario per migliorarne abilità comunicative, relazionali e informative e presenza/incremento di mediatori culturali potrebbe essere utile al fine di assicurare migliori qualità dell'assistenza sanitaria e dell'esito perinatale e un accesso più equo e soddisfacente ai servizi perinatali per le donne immigrate.

Riferimenti bibliografici

- Alderliesten M.E., Vrijkotte T.G., Van Der Wal M.F. e Bonsel G.J., 2007, *Late Start of Antenatal Care among Ethnic Minorities in a Large Cohort of Pregnant Women*, «Bjog», vol. 114, n. 10, pp. 1232-1239.
- Bollini P., Pampallona S., Wanner P. e Kupelnick B., 2009, *Pregnancy Outcome of Migrant Women and Integration Policy: A Systematic Review of the International Literature*, «Social Science & Medicine», n. 68, pp. 452-461.
- Choté A.A., Koopmans G.T., Redekop W.K., de Groot C.J.M., Hoefman R.J., Jaddoe V.W.V., Hofman A., Steegers E.A.P., Mackenbach J.P.,

- Trappenburg M. e Foets M., 2011, *Explaining Ethnic Differences in Late Antenatal Care Entry By predisposing, Enabling and Need Factors in the Netherlands. The Generation R Study*, «Maternal and Child Health Journal», vol. 15, n. 6, pp. 689-699.
- Delvaux T., Buekens P., Godin I. e Boutsen M., 2001, *Barriers to Prenatal Care in Europe*, «American Journal of Preventative Medicine», vol. 21, n.1, pp. 52-59.
- Euractiv Network, 2006, *Immigrants - A Challenge for European Health Care Systems*, Londra, disponibile all'indirizzo internet: www.euractiv.com/en/health/immigrants-challenge-european-health-care-systems/article-145349.
- Feijen-de Jong E.I., Jansen D.E., Baarveld F., van der Schans C.P., Schellevis F.G. e Reijneveld S.A., 2012, *Determinants of Late and/or Inadequate Use of Prenatal Healthcare in High-Income Countries: a Systematic Review*, «European Journal of Public Health», vol. 22, n. 6, pp. 904-913.
- Hernandez-Quevedo C. e Jimenez-Rubio D., 2009, *A Comparison of the Health Status and Health Care Utilization Patterns between Foreigners and the National Population in Spain: New Evidence from the Spanish National Health Survey*, «Social Science & Medicine», n. 69, pp. 370-378.
- Istituto superiore di sanità, 2011, *Percorso nascita e immigrazione in Italia: le indagini del 2009*, in Lauria L. e Andreozzi S. (a cura di) «Rapporti Istituzionali», n. 11/12.
- Kuo T.M., Gavin N.I., Adams E.K. e Ayadi M.F., 2008, *Racial Disparities in Medicaid Enrollment and Prenatal Care Initiation among Pregnant Teens in Florida: Comparisons between 1995 and 2001*, «Medical Care», vol. 46, n. 10, pp. 1079-1085.
- Lariccia F., Mussino E., Pinnelli A. e Prati S., 2013, *Differenze negli esiti perinatali in Italia: il ruolo della cittadinanza*, in Colombo A. (a cura di), *Figli, lavoro, vita quotidiana*, il Mulino, Bologna.
- Lauria L., Bonciani M., Spinelli A. e Grandolfo M.E., 2013, *Inequalities in Maternal Care in Italy: The Role of Socioeconomic and Migrant Status*, «Annali Istituto superiore sanità», vol. 49, n. 2, pp. 209-218.
- Lay B., Lauber C., Nordt C. e Rossler W., 2006, *Patterns of Inpatient Care for Immigrants in Switzerland. A Case Control Study*, «Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology», n. 41, pp. 199-207.
- Malin M. e Gissler M., 2009, *Maternal Care and Birth Outcomes among Ethnic Minority Women in Finland*, «Bmc Public Health», n. 20, pp. 9-84.
- Martin C., 2014, *«Mais que font les parents?» Construction d'un problème public*, in Martin C. (a cura di), *«Être un bon parent»: une injonction contemporaine*, Presses de l'Ehesp, Rennes.
- Ministero della Salute, 2015, *Certificato di assistenza al parto (Cedap). Analisi dell'evento nascita - Anno 2013*.
- Norredam M., Krasnik A., Sorensen T.M., Keiding N., Michaelsen J.J. e Nielsen A.S., 2004, *Emergency Room Utilization in Copenhagen: a Comparison*

- of Immigrant Groups and Danish-Born Residents, «Scandinavian Journal of Public Health», n. 32, pp. 53-59.
- Pennacini C., 2012, *Prefazione*, in Bonfanti S., *Farsi madri. L'accompagnamento alla nascita in una prospettiva interculturale*, «Quaderni di donne & ricerca», Cirsde (Centro interdisciplinare ricerche e studi delle donne), n. 27.
- Perosino A., Dotta A. e Musumeci R., 2010, *Culture e prassi nella gestione dell'evento nascita a Torino*, Research Report.
- Petersson K., Petersson C. e Håkansson A., 2004, *What is Good Parental Education?*, «Scandinavian Journal of Caring Sciences», n. 18, pp. 82-89.
- Rossi P. e Tognetti M., 2014, *Ospedali e consultori familiari come street-level organizations: l'incidenza della discrezionalità organizzativa nell'accesso degli utenti stranieri ai servizi sanitari*, intervento al convegno Espanet, *Sfide alla cittadinanza e trasformazione dei corsi di vita: precarietà, invecchiamento e migrazioni*, Università di Torino, 18-20 settembre.
- Rowe R.E., Magee H., Quigley M.A, Heron P., Askham J. e Brocklehurst P., 2008, *Social and Ethnic Differences in Attendance for Antenatal Care in England*, «Public Health», vol. 122, n. 12, pp. 1363-1372.
- Solé-Auró A., Guillén M. e Crimmins E.M., 2011, *Health Care Usage among Immigrants and Native-Born Elderly Populations in Eleven European Countries: Results from SHARE*, «European Journal of Health Economics», vol. 13, n. 6, pp. 741-754, doi: 10.1007/s10198-011-0327-x.
- Solé-Auró A., Montserrat G. e Crimmins E.M., 2009, *Health Care Utilization among Immigrants and Native-Born Populations in 11 European Countries. Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, Research Institute of Applied Economics, Working Papers, n. 20, disponibile all'indirizzo internet: www.ub.edu/irea/working_papers/2009/200920.pdf.
- Toth F., 2014, *La sanità in Italia*, il Mulino, Bologna.
- Who - World Health Organization, Regional Office for Europe, 2005, *The European Health Report 2005. Public Health Action for Healthier Children and Populations*, Copenhagen, disponibile all'indirizzo internet: www.euro.who.int/ehr2005.