

L'ESPERIENZA DELL'AUSL DI BOLOGNA: IL PERCORSO NASCITA DELLE DONNE MIGRANTI NELLA U.O. CONSULTORI E AL CSDB

Grazia Lesi

Centro per la salute delle donne straniere e loro Bambini*U.O.Consultori AUSL di Bologna **

Con la collaborazione: R. Mezzetti (Ostetrica), A. Pasturini (ASV, accoglienza), H.Serghini, S.Sgarzi, A.Bortolotti, Mirela Canuci (mediatrici culturali).

*(resp. Dott.ssa M.G. Caccialupi);** (direttore, Dott.ssa C.M. Garavini)

La caratteristica più evidente dei flussi migratori recenti, la forte presenza femminile, che soprattutto in Europa, ha raggiunto quasi la metà degli immigrati, precisamente il 48,9%. Il fenomeno interessa l'intero pianeta, tanto è vero che, nel periodo 1965-1990 il numero delle donne immigrate nel mondo è passato da 35 a 57 milioni circa, con un incremento del 63,18%. Anche in Italia, l'immigrazione femminile è in aumento, nel 1996 le donne erano solo il 35% delle presenze straniere, oggi invece rappresentano circa il 50% degli immigrati nel nostro paese ("Le molte forme della migrazione femminile" di Mara Tognetti Bordogna).

In Regione Emilia Romagna sono 33.923 le donne che hanno partorito nel 2003 (83,8% italiane e 16,2% straniere). Le donne immigrate sono 5.499, distribuite prevalentemente tra le seguenti nazionalità: Marocco (957), Albania (666), Tunisia (427), Cina (407) e Romania (326) e questi cinque paesi contribuiscono al 50,7% del totale (dati CedAP). Si tratta di donne giovani, in età fertile e con tassi di natalità più elevati di quelli italiani ed europei, al momento del parto l'età media è di 28,1 anni per le donne con cittadinanza straniera, rispetto ad una media di 31,6 anni per le donne con cittadinanza italiana. Il Titolo di studio di queste donne è il seguente: alto 10%, medio 33,5% basso 56,0%. Ancora dai dati CedAP dell'Emilia Romagna 2003, si evidenzia che le donne straniere per il controllo della gravidanza, si rivolgono ai servizi consultoriali nel 63,1% dei casi e all'ambulatorio ospedaliero nel 12,5% dei casi, tendono quindi ad utilizzare prevalentemente servizi pubblici. Anche Bologna, si assiste un'analoga tendenza, nel 2003 le donne immigrate hanno superato la soglia del 50% dei residenti stranieri nel Comune, con ricadute importanti sui servizi.

IL PERCORSO DI MATERNITÀ

La cittadinanza materna tenendo conto delle caratteristiche socio-sanitarie dei paesi di provenienza (le donne provenienti da paesi con elevati tassi di mortalità nei primi 5 anni di vita, costituiscono il 28,8% del totale, classificazione OMS) rappresenta uno dei determinanti di salute che condiziona l'utilizzo dei servizi ed è un elemento di differenza culturale rispetto all'evento nascita e alla crescita del bambino che può essere alla base di rilevanti difficoltà di comunicazione con i professionisti impegnati nell'assistenza e di accesso alla cura e alla prevenzione in gravidanza. Per questi motivi quando parliamo di percorso nascita della donna immigrata, dobbiamo osservare e affrontare il problema da almeno due versanti, quello dei servizi e quello della donna e tenere conto delle principali variabili che condizionano l'accesso alle cure. Da un lato, la sussistenza del diritto all'accesso, quindi l'esistenza e l'applicazione di adeguate disposizioni di legge che favoriscano la cura e presa in carico della donna immigrata regolare e irregolare in gravidanza, dall'altro la consapevolezza di questo diritto. Per le donne immigrate, spesso, alla mancanza d'informazioni si associa l'assenza di consapevolezza dei propri diritti di salute come persona e come donna, che deriva probabilmente dalla condizione della popolazione femminile nel paese d'origine. A queste due variabili se ne associa una terza, non meno importante, l'effettivo esercizio del diritto, che si attiene alla fruibilità reale dei servizi dedicati e non, a causa della differenza linguistico/culturale, alla presenza/mancanza di mediazione culturale, alla scarsa formazione degli operatori al lavoro interculturale e a rigidità organizzative, disomogeneità nell'applicazione delle normative di accesso al SSN specie per le utenti irregolari (rilascio STP). Questi sono fattori che ostacolano il raggiungimento di eguali opportunità di salute, a volte, più rilevanti delle diversità culturali.

LA GRAVIDANZA NELLA DONNA DI ALTRE CULTURE

L'evento nascita è caratterizzato da forti valenze psico-emotive e relazionali che coinvolgono la donna, il partner ed il loro bambino. Nel concetto di "percorso nascita", oggi molto diffuso, è presente l'idea di un cammino che si compie nel tempo all'interno di un disegno già strutturato, dove le garanzie di sicurezza e di standardizzazione delle procedure, peraltro molto importanti, da sole rischiano di non soddisfare i diversi bisogni relazionali e individuali della donna e della coppia. Alla nascita si adatta meglio l'immagine di una "danza" (Romeo, Sateriale, Suzzi, Veronesi, 17° master in amministrazione e gestione dei servizi, reg.E-R. 2000). In quanto "...La danza è di per sé per sé collegata con l'idea della complementarietà, con il rispetto dei ruoli e delle regole, con la conoscenza dei passi e della musica. La danza rappresenta, infatti, una gestualità antica e nello stesso tempo evoluta, un modo di rapportarsi che riconosce come premessa la fiducia nell'altro, la capacità di compiere passi complementari ed esperti, di adeguarsi alla musica, di interagire, di consentire cambiamenti di partner se la situazione lo richiede e insomma di comunicare ed accettare l'avventura danza-nascita nel ritmo naturale e nell'armonia dell'insieme.." Questa idea di naturalità dell'evento, in cui s'intrecciano in modo dinamico elementi diversi, è particolarmente vera per la donna immigrata, che cerca un suo modo di vivere la gravidanza nel paese ospite. In questo paese, essa deve coniugare, il diverso senso del pudore, la religione, le abitudini di vita, le eventuali medicine tradizionali, la condizione sociale, l'eventuale marginalità, le condizioni di lavoro e il ritmo sonno/veglia, l'autonomia individuale e il disorientamento da migrazione con le modalità di vivere e di assistere la gravidanza del paese ospite. Tutto ciò è d'ostacolo all'adesione ai protocolli clinici proposti per il monitoraggio della gravidanza e richiede, agli operatori, uno stile di lavoro che tiene conto della complessità dei problemi posti, in cui gli operatori sappiano lavorare insieme alla donna, (ovvero, partecipare alla danza) per dirimere la normalità dalle problematiche, che possono essere causa di rischio sociale e sanitario.

VISITA E ACCERTAMENTI

Dai dati raccolti, le donne con cittadinanza straniera (dati CedAP) effettuano più tardi la prima visita (il 31.0% dopo le 12 versus l'11.3% di quelle con cittadinanza italiana). Questa attitudine, oltre agli elementi già descritti, si ricollega al significato della relazione terapeutica. Toccare il corpo di un'altra persona assume un valore diverso, in rapporto alla cultura. Il momento dell'esame obiettivo è molto delicato, è importante valutare bene l'atteggiamento clinico diagnostico e mettere in atto e se possibile, quella flessibilità che favorisce la comprensione e l'incontro. Nonostante ciò, una volta stabilito il rapporto di fiducia i controlli tendono ad essere simili a quelli delle donne italiane e comunque coerenti con il protocollo OMS. Le donne con cittadinanza straniera effettuano un numero medio di ecografie (3.8) inferiore a quello delle donne italiane (5.1), che in generale, effettuano un numero di ecografie superiore a quello indicato, da linee guida basate su prove di efficacia, che sottolineano come un elevato numero di ecografie in gravidanza comporta un incremento dei costi assistenziali non associato a miglioramento degli esiti perinatali. Tra gli accertamenti della gravidanza, l'ecografia è spesso, vissuta come l'emblema della potenza della medicina occidentale, perciò, la richiesta può essere fuori luogo a causa delle attese di cui è investita.

ALIMENTAZIONE

Il regime alimentare è fondamentale in gravidanza, ma è un nodo difficile da sciogliere perché si scontra con aspetti della persona che superano il semplice dato scientifico. Ad esempio, la donna araba tende ad avere un'alimentazione tradizionale ricca di carboidrati o di zuccheri (in alcuni paesi, vicino al parto, la tradizione consiglia cibi calorici a base di datteri e miele) che predispone ad un aumento di peso incongruo. Nelle donne cinesi, sia a causa del ritmo di lavoro sia per le diverse abitudini alimentari, si può viceversa avere un aumento di peso scarso oppure bassi livelli di emoglobina. Per questi motivi il consiglio alimentare standard, non è molto utile, è meglio

raccogliere informazioni sui cibi d'uso comune, applicando di conseguenza le conoscenze teoriche e scientifiche. Ciò in relazione al fatto che non è possibile conoscere le abitudini alimentari di tutto il mondo, d'altro canto consigliare il parmigiano, ad una donna cinese che, a causa della carenza costituzionale di lattasi, non mangia formaggio, né derivati del latte, sarebbe inutile e potrebbe compromettere il rapporto di fiducia. Il cibo è un'importante elemento di riconoscimento, soprattutto in gravidanza, quindi, valorizzare le abitudini alimentari d'origine favorisce la sensazione di essere presa in cura e la collaborazione della donna. L'alimentazione è uno degli aspetti più influenzati dalla mescolanza dei codici culturali, questo è particolarmente evidente per le donne del bacino del mediterraneo, che hanno contatti più diretti con la nostra civiltà. Ne è prova la tendenza ad inserire nella dieta tradizionale cibi del paese ospite o cibi industriali come bibite e succhi di frutta, questi ultimi sono vissuti come "non cibi", quindi causa d'errori alimentari importanti e non riconosciuti. Un altro aspetto da non sottovalutare, è il codice estetico, che rapporta il sovrappeso alla bellezza, alla maternità/femminilità, una donna "rotonda" è garanzia di salute e di prole e quindi più apprezzata.

DIAGNOSI PRENATALE E PERCEZIONE DEL BENESSERE/RISCHIO IN GRAVIDANZA

Le scelte in questo ambito possono essere molto distanti dalla nostra cultura occidentale che enfatizza il concetto di rischio, di controllo. In questo modo di vedere la salute in gravidanza, il bambino è un "prodotto" prezioso di cui la medicina tecnologica deve garantire la salute. Di fronte alle donne immigrate dobbiamo tenere conto della diversa percezione di salute e di rischio. Per le donne arabe, ad esempio, esistono regole religiose, che limitano l'accettazione della diagnosi prenatale, ma non è sempre così, quindi è importante proporre e informare. Per le donne cinesi, viceversa, la diagnosi prenatale non presenta problemi se adeguatamente proposta.

ALCUNI PROBLEMI A CUI PORRE ATTENZIONE

Esistono poi alcune problematiche sanitarie, che possono essere un po' più frequenti nelle donne immigrate, anche se non dobbiamo dimenticare che la donna che parte per un progetto migratorio è sicuramente in buona salute perché deve garantire un ritorno economico alla sua famiglia d'origine ("effetto migrante sano"). Mi riferisco alle seguenti condizioni cliniche: anemia, MEN (in molti paesi l'immunoprofilassi post-parto è eseguita in modo irregolare), emoglobinopatie, crescita ponderale non adeguata, MTS. In alcune popolazioni, è necessario tenere presente la possibilità di mutilazioni genitali femminili, da stime recenti (2003) sembra siano presenti, in Italia, circa 39 mila donne provenienti da paesi in cui si attuano MGF. Anche in Emilia-Romagna, secondo una recente indagine sono presenti dalle 900 e alle 1600 donne con MFG.

Altrettanto importanti sono gli aspetti relazionali e psicologici relativi alla maternità vissuta in una situazione di migrazione in solitudine e senza il supporto delle donne della famiglia e gli aspetti psicologici in alcune situazioni di disagio sociale in Italia o al paese d'origine. A questo proposito, un accenno al puerperio e all'allattamento, molti dei supposti rifiuti ad allattare sono correlati alla solitudine della neomamma, che non ha punti di riferimento femminili a supporto dei primi periodi di vita del bambino, è questo un ambito in cui i servizi consultoriali possono fare molto e che a mio avviso dovrebbe essere una priorità di miglioramento, a breve termine. Alcune diversità culturali nell'affrontare il puerperio possono creare incomprensioni con i servizi. Nella cultura tradizionale cinese, ad esempio, questo apparente distacco contrasta con la spinta all'autonomia e al fare diffusa nei servizi, sia in ospedale sia sul territorio.

LE CONDIZIONI DI VITA E LA CURA DI SE IN GRAVIDANZA

Le abitudini di vita, la regolarità dei ritmi circadiani, il lavoro, l'autonomia di movimento, la condizione sociale influenzano il buon andamento della gravidanza. Ad esempio, è frequente il riscontro d'anemia nelle cinesi a causa delle condizioni di lavoro, che influenzano l'alimentazione

regolare oppure la possibilità di malattie a trasmissione sessuale, nelle donne che hanno vissuto l'esperienza della prostituzione di strada o che durante il viaggio verso i nostri paesi hanno subito violenze sessuali o anche le difficoltà d'accesso ai servizi per le donne ucraine o moldave o peruviane che fanno le "badanti" e sono assorbite totalmente dal rapporto con la persona da assistere. Parliamo qui di quelle situazioni che P. Arlacchi, chiama, in un suo libro, le "nuove schiavitù/servitù", in cui le persone divengono merce di scambio nelle mani d'organizzazioni criminali internazionali. Quindi, il traffico di persone, non è un argomento fuori tema, perché espone le donne, a condizioni di vita che non lasciano spazio alla cura della salute in gravidanza. Per le donne inserite nel traffico della prostituzione il rischio di patologie a trasmissione sessuale, ha evidenti implicazioni sulla salute, nel caso di gravidanza. Tra queste ultime, non sono poche nella mia esperienza le donne che una volta uscite dalla condizione di prostituzione di strada, cercano la maternità, quasi a conferma della propria complessità/potenzialità di donna. Per molte di loro l'essere passate attraverso l'esperienza della prostituzione non volontaria è, a mio avviso, alla base di problematiche psicologiche non molto distanti da quelle che accadono dopo una violenza sessuale, con conseguenti vissuti negativi verso di se, come donne e come future madri; questa è una domanda e non una certezza, su cui credo il futuro ci costringerà a riflettere.

DISUGUAGLIANZE DI SALUTE IN GRAVIDANZA

Alcuni studi condotti in Europa (Francia e Gran Bretagna) sul rischio materno-infantile nella popolazione immigrata hanno rilevato un incremento di parti prematuri e di nati morti correlati alla scarsità dei controlli prenatali. I dati disponibili nel nostro paese sono ancora limitati, alcuni sembrano confermare il dato europeo altri, invece sembrano essere discordanti da questo. Nel 1996-97 l'ISS ha effettuato un'indagine, per valutare le condizioni di salute alla nascita, i risultati di tale lavoro evidenziano, una maggiore incidenza di nati pre-termine tra i neonati di genitori stranieri, il 14,8% in rapporto all'11,9% degli italiani o di basso peso alla nascita, 9,7% tra i neonati immigrati e 6,8% nei controlli. In una successiva indagine dell'Istituto Superiore di Sanità (1995-98 e 2000-2001) si riscontra una carenza d'informazioni da parte delle donne immigrate, rispetto alle opportunità e ai diritti di cura e più in generale, di supporto psico-sociale da parte delle strutture sanitarie pubbliche. Circa il 60% delle donne straniere non aveva ricevuto informazioni sufficienti sulla possibilità di effettuare una diagnosi prenatale e il 67% delle donne straniere, non aveva ricevuto alcuna informazione sull'utilizzo di metodi contraccettivi in puerperio.

In base al rapporto ISTISAN, relativo a "Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze 2003" (Aldo Morrone, Angela Spinelli, Salvatore Geraci, et al.) la maggioranza delle donne immigrate è stata seguita in gravidanza principalmente da operatori delle strutture pubbliche (50 % da un ginecologo del SSN e il 15,4% presso un consultorio familiare), di queste, però, il 17% ha avuto difficoltà ad accedere ai servizi per la cura della gravidanza. Non sono molte le intervistate che hanno frequentato un corso di preparazione al parto, la maggioranza presso un consultorio familiare, i motivi principali sono stati, la non conoscenza della loro esistenza (41,9%) e problemi di tempo (22,0%). Queste informazioni ripropongono il problema della consapevolezza del diritto alle cure, quindi dell'informazione della donna e della reale fruibilità di servizi e strutture.

Si rileva, a questo proposito, un miglioramento degli indicatori d'accesso alle cure in gravidanza prima e dopo l'approvazione della legge che estendeva il diritto all'assistenza sanitaria agli immigrati irregolari, dato che conferma l'importanza del diritto alle cure ai fini di offrire eguali opportunità di salute (Spinelli 2002 ISS, tab. N°1).

da "L'assistenza alla nascita delle donne straniere dopo l'introduzione delle nuove normative". Spinelli ,ISS Consensus Conference-V Congresso Nazionale SIMM, Erice, 19-22 maggio 2002				
	ITALIANE(95-96)	IMMIGRATE IRREGOLARI(%)	IMMIGRATE REGOLARI (95-96)	IMMIGRATE 2000-01
Non Assistenti in gravidanza	0,50%	NR	3%	4%
visita dopo I° trimestre	10%	42%	25%	16%
N° medio di ecografie	5	2	3	3
Mese I° ecografia	3°	4°	4°	3

Tab. N°1 L' assistenza alla nascita delle donne Straniere delle nuove normative

Seppure, la maggior parte di queste gravidanze sia fisiologica, da più parti si rilevano differenze d'esito e di decorso, soprattutto quando si analizzano i dati in modo più articolato, in relazione alla variabile provenienza geografica. Dall'ultimo rapporto Caritas 2003, ad esempio, su un campione di 8.007 neonati di diversa provenienza, si rileva: una maggiore frequenza nelle nascite pre/termine (per i bambini nomadi), un'elevata incidenza del parto cesareo (30% dei bambini africani e latino-americani), un peso inferiore ai 1.500 grammi più diffuso tra i latino americani, asiatici ed est europei, una maggiore incidenza d'asfissia (africani) e di stress respiratorio (nomadi e sud americani).

Se ci riferiamo al numero di TC, in Regione Toscana e Lombardia, le percentuali di parti cesarei non evidenziano differenze significative tra i nati da donne provenienti da paesi in via di sviluppo e le italiane, anche in regione la percentuale di TC lievemente minore per le donne immigrate (27,7 %) rispetto alle donne italiane (31,0%), se consideriamo il dato complessivo. Una rilevazione presentata nel corso del "Programma regionale di riorganizzazione dei consultori familiari" D. Vezzani pone l'accento sull'importanza di comprendere meglio il dato generale, scomponendolo, in relazione alla provenienza. La probabilità di essere sottoposta a T.C. per le donne immigrate, secondo questa analisi, è maggiore per le donne nigeriane (+100%), ganesi (+77%) e brasiliane (+74%); non vi è nessuna differenza per le donne marocchine, tunisine e filippine; è minore per le albanesi (-32%) cinesi (-69%) rumene (-38%) e pakistane (-41%).

In Emilia Romagna, inoltre, la percentuale di ricoveri per complicanze della gravidanza, sembra lievemente superiore per la donna immigrata (11,6%) rispetto all'italiana (10,6%), anche la durata della gravidanza presenta qualche differenza. I parti prima delle 37 settimane, invece, sono per la gravida straniera l'8,5% contro il 7,2 % per le donne italiane. Secondo i dati CedAP, inoltre, non appaiono differenze di frequenza nei nati di basso peso, che è eguale nelle donne con cittadinanza straniera (6.8%) rispetto a quella italiana (6.7%). Le differenze citate, non sono attribuibili, in modo semplicistico, solo alla cultura o agli stili di vita propri del paese d'origine o a fattori genetici, esse trovano concause altrettanto importanti in fattori complessi, legati alla conoscenza e accessibilità dei servizi di prevenzione/cura e alle modificazioni psicofisiche, favorite dal disorientamento migratorio ed alla conseguente fase d'adattamento.

La donna immigrata in gravidanza nei consultori della Regione Emilia-Romagna, AUSL di Bologna e Centro Donne Straniere e loro Bambini

L'aumento della richiesta d'assistenza alla gravidanza nei consultori familiari dell'Emilia Romagna è un dato evidente. Oggi la donna immigrata accede ai servizi consultoriali del territorio emiliano romagnolo per il 63,1%, per questo motivo, essa rappresenta un'utenza con cui la rete dei servizi sanitari pubblici deve confrontarsi, come si rileva dalla tabella seguente proveniente dal rapporto CedAP.

Tab. 39: Servizio prevalentemente usato in gravidanza secondo la cittadinanza della madre																
Cittadinanza della madre	Servizio prevalentemente utilizzato in gravidanza															
	Ginecologo Privato		Ostetrico Privato		Consultorio Familiare Pubblico		Ambulatorio Ospedaliero Pubblico		Ambulatorio Osp. Pubbl. (Gravid.Rischio)		Consultorio Familiare Privato		Nessuno		Totale	
	Soggetti	%	Soggetti	%	Soggetti	%	Soggetti	%	Soggetti	%	Soggetti	%	Soggetti	%	Soggetti	%
Italiana	21.779	77,7	358	1,3	4.516	16,1	1.138	4,1	100	0,4	117	0,4	37	0,1	28.045	100
Straniera	1.212	22,5	37	0,7	3.395	63,1	628	11,7	45	0,8	37	0,7	24	0,5	5.378	100
Totale	22.991	68,8	395	1,2	7.911	23,7	1.766	5,3	145	0,4	154	0,5	61	0,2	33.423	100

Tab. N° 2. Servizio prevalentemente usato in gravidanza, tabella proveniente da: La nascita in Emilia-Romagna 1° rapporto sui dati del Certificato di assistenza al parto(CedAP) Novembre 2004

Presso l'U.O. Consultori di Bologna le gravidanze straniere assistite, rappresentano il 38% del totale delle gravidanze, in questo dato non sono comprese le donne seguite presso il Centro per la

Salute delle Donne Straniere e dei loro Bambini (CSDB), il servizio che si occupa della prima accoglienza sanitaria alla donna immigrata di cui si parla qui di seguito.

Il Centro per la Salute delle Donne Straniere e dei loro Bambini, è la prima struttura del servizio pubblico ad occuparsi di salute della donna e del bambino immigrato, già dal 1991. Si pone fin dalla costituzione l'obiettivo favorire l'integrazione socio-sanitaria della donna e del bambino immigrato per dare risposta ai bisogni di un'utenza straniera, attraverso la predisposizione di percorsi idonei a favorire l'accesso ai servizi sanitari esistenti l'attività di ricerca e raccolta dati. Lo scopo primario è porre in essere le strategie che permettano alla donna e al bambino immigrato di accedere ai servizi, contribuendo quindi alla riduzione degli ostacoli di accesso agli stessi che in sintesi sono i seguenti: lingua, cultura, condizioni socio economiche nel nostro paese, diversa organizzazione dei servizi nel paese d'origine, diversità d'interpretazione delle normative, difficoltà all'iscrizione al servizio sanitario nazionale, mancanza di formazione interculturale del personale sanitario e di front-office. A queste domande di presa in carico basate, sulla risposta al bisogno reale risponde la mission del servizio, che si configura come un momento d'accoglienza sanitaria alle donne e ai bambini in una prima fase di migrazione, in quanto lo scopo è, nella fase d'integrazione, l'avvio alla rete dei consultori familiari. Lo stile di lavoro del CSDB, è caratterizzato dall'approccio interdisciplinare e dal lavoro di gruppo, che si attua anche attraverso un incontro settimanale per la discussione dei casi clinici. Gli operatori sono donne, per favorire l'accesso di tutti i gruppi culturali; il servizio si avvale del lavoro dei seguenti professionisti: Mediatori culturali, Assistenti sanitarie (accoglienza), Ginecologa, Ostetrica, Pediatra, Psicologa, Medico di medicina dei servizi. Caratteristica fondamentale del servizio è l'accoglienza, uno spazio in cui l'operatore ascolta e identifica la tipologia del problema e rende possibile l'accesso non programmato, perché l'utente può in qualsiasi momento di apertura ricevere ascolto, per essere indirizzata al percorso più idoneo alla risoluzione del suo problema, sia esso interno o esterno al servizio. Un'altra caratteristica del CSDB è Il lavoro con la mediazione culturale che implica la relazione a tre con l'utente, è un tipo di lavoro a cui l'operatore sanitario non è abituato, implica fiducia e lavoro d'equipe sul campo, implica perdita del controllo diretto del rapporto con l'utente e può generare insicurezza, almeno nella prima fase, ma è una grande risorsa. È un equilibrio delicato che richiede disponibilità all'ascolto reciproco e formazione di tutti al lavoro in ambito interculturale.

IL PERCORSO NASCITA AL CSDB

Le gravidanze seguite al CSDB sono in crescita e ciò è naturalmente influenzato dall'aumento della popolazione femminile immigrata sul nostro territorio. Dal 1999 al 2004 sono in aumento, anche, il numero di accessi medi in gravidanza, questo ultimo dato, pur non essendo in generale, un indicatore sufficiente di salute in gravidanza, trattandosi di donne in prima fase di migrazione, è una conferma che il servizio risponde ai bisogni, favorendo comportamenti, di maggiore aderenza ai controlli, che come si evidenzia dalla tabella, si avvicinano a valori considerati adeguati, da varie fonti scientifiche (OMS, NICE)

Gravidanze per anno al CSDB e N° di accessi.			
1999	176	n° medio di accessi	3,8
2000	195	n° medio di accessi	4,2
2001	222	n° medio di accessi	4,6
2002	223	n° medio di accessi	5,3
2003	219	n° medio di accessi	4,8
2004	291	n° medio di accessi	4,8

Tab. N°3 Numero di gravidanze seguite al CSDB dal 1999 al 2002 e n° medio di accessi in gravidanza.

Per quanto riguarda il decorso della gravidanza, nel 2004 su 291 donne seguite in gravidanza il 61% è fisiologica 37 % presenta un rischio socio sanitario; sono, quindi, in generale donne sane ma che per i motivi già esposti, possono trovarsi di frequente in condizioni sociali o di salute a rischio. Dal febbraio 2004 è in corso un'iniziativa d'accompagnamento alla nascita rivolto alle donne arabe, in collaborazione con la mediatrice culturale (H.Serghini), di cui è referente l'ostetrica (R.Mezzetti) del nostro consultorio, che vuole allargare il fronte della risposta alle esigenze delle utenti straniere. Il corso è rivolto a tutte le donne di lingua araba dell'Azienda USL di Bologna, offrendo quindi uno spazio d'incontro a tutte le donne arabe in gravidanza. Lo spazio nasce tenendo conto dell'esperienza di relazione e cura degli operatori del CSDB con questa utenza e dalla lunga consuetudine del servizio al lavoro di gruppo con l'integrazione della mediazione culturale. Le donne in questi incontri, che si configurano come uno spazio ad accesso libero, portano dubbi rispetto alla propria salute, alla relazione con il partner e con il bambino. La relazione con il partner è spesso complicata dalla migrazione perchè manca la rete femminile tradizionale, che sostiene la donna, questa assenza riveste l'uomo di ruoli cui non è abituato nella cultura d'origine ed è spesso fonte di conflitti e incomprensioni. Gli incontri, perciò divengono un modo per ricostruire la rete d'aiuto al femminile, così importante sia come sostegno sia come confronto d'esperienze. Per ultimo ,ma non meno importante, gli operatori acquisiscono dalle donne informazioni preziose sul vissuto e le tradizioni in gravidanza, imparano a valorizzare gli aspetti positivi, informano e propongono un percorso di salute, adeguato alle donne e al loro modo di vivere la gravidanza.

CSDB: UNA PROPOSTA DI LAVORO

La complessità delle variabili possibili, suggerisce una particolare attenzione alla individuazione, delle gravidanze a decorso fisiologico e parallelamente al riconoscimento del rischio socio-sanitario. A questo proposito il gruppo di lavoro regionale sul percorso nascita ha preparato una check list per lo screening della gravidanza fisiologica, presentata al Convegno regionale "La salute riproduttiva e perinatale in Emilia Romagna" (10-11 febbraio 2004). Tale strumento è adottato dalla nostra AUSL nell'ambito delle "Linee d'indirizzo per l'assistenza ostetrica alla gravidanza a basso rischio". Gli operatori del CSDB hanno individuato, partendo da queste linee d'indirizzo, una propria modalità d'assistenza alla gravidanza, che prevede la presa in carico interdisciplinare da parte del servizio. In questa proposta d'organizzazione, la donna che giunge all'accoglienza, è messa in contatto con l'ostetrica che entro una settimana (se possibile in tempo reale) la incontrerà per la compilazione della cartella ostetrica, l'anamnesi e una prima valutazione del rischio in gravidanza. In questa occasione si offrono alla donna le informazioni concernenti la gravidanza e si programma il piano assistenziale, che presso il nostro servizio è congiunto ostetrica-ginecologa e in collaborazione con la mediatrice culturale. Sempre nel corso del primo colloquio si effettua la prenotazione dell'ecografia del secondo trimestre e si programma la prima visita in gravidanza. Abbiamo pensato ad un percorso facilitato per l'ecografia della 20°/22° settimana, tenendo conto delle difficoltà d'accesso, trattandosi di donne in prima fase migratoria, perciò il servizio di ecografia riserva alcuni posti a prenotazione diretta, da parte degli operatori del CSDB. Negli incontri successivi e nel corso dei controlli clinici, tutti gli operatori pongono particolare attenzione all'emergere d'elementi nuovi, sia di tipo clinico che sociale, inserendo l'esperienza della gravidanza, con l'aiuto delle mediatrici, nelle diverse culture della salute e problematiche individuali o socio/sanitarie emergenti. Nel nostro contesto, di prima accoglienza alla donna immigrata in Italia, a causa della molteplicità di condizioni influenti sulla salute in gravidanza, riteniamo, sia più opportuno, insistere sul lavoro d'equipe e sulle interrelazioni tra operatori. Quindi, è il servizio che ha in carico la donna in gravidanza attraverso il lavoro, degli operatori singoli o in collaborazione a seconda della complessità delle situazioni. Ed è sempre il servizio che si pone come interlocutore con altri servizi o con l'ospedale per favorire il percorso della donna e il rispetto dei suoi diritti di salute.

CONCLUSIONI

Il confronto con realtà nuove è sempre un elemento di crisi ma contiene al suo interno anche nuove opportunità. Le problematiche di questa nuova utenza, richiedono il ridisegnarsi della scena organizzativa per favorire l'accessibilità alle cure e l'appropriarsi e nuove modalità di relazione degli operatori, con la donna/coppia, tenendo ben presenti le differenze culturali. E' necessario inoltre conoscere i bisogni socio-sanitari espressi da questa fascia di utenza e far conoscere alle donne le opportunità di assistenza sanitaria in gravidanza. Le fasce deboli della popolazione (straniere o a basso titolo di studio) utilizzano in prevalenza i servizi consultoriali e pubblici, è quindi necessario il consolidamento di questi servizi e lo sviluppo di competenze per l'assistenza di tipo socio sanitario. A questo proposito è possibile, ad esempio, trarre dall'esperienza dei Centri Donne Straniere, informazioni e modelli organizzativi utili per migliorare il percorso nascita nei servizi sanitari, uscendo dall'idea di ambulatori per immigrati a compartimenti stagni, per giungere ad un'offerta di salute diversificata, in cui sia possibile un'osmosi di esperienze, che renda la presa in carico globale e multi/disciplinare, particolarmente importante per la donna immigrata in gravidanza, una modalità di lavoro diffusa nei servizi socio-sanitari. Dalla complessità dei bisogni, di questa nuova utenza nasce un valore esportabile nei servizi per tutti. Il percorso nascita della donna di altre culture diviene, così, un'occasione per ripensare alle modalità operative dei nostri servizi, siano essi per immigrati o per tutti, con l'obiettivo di favorire uno stile di lavoro che tenga conto della diversità e in ultima analisi, tenda ad un vero cambiamento culturale in cui essa diventi parte del lavoro quotidiano.

BIBLIOGRAFIA

- 1) *Angela Spinelli, Michele Grandolfo, Serena Donati, Silvia Andreozzi, Cristiana Longhi, Mauro Bucciarelli, "L'assistenza alla nascita delle donne straniere dopo l'introduzione delle nuove Normative" (Istituto Superiore di Sanità, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Roma), Atti dell'intervento alla VII Consensus Conference sulla immigrazione e V Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni Erice il 19-22 maggio 2002*
- 2) *La presenza straniera in Italia negli anni '90., Roma: ISTAT, 1998.*
- 3) *L'immigrazione straniera in Emilia-Romagna - dati 1.1.2003, Franco Angeli*
- 4) *LEGGE REGIONALE 24 marzo 2004, n. 5 NORME PER L'INTEGRAZIONE SOCIALE DEI CITTADINI STRANIERI IMMIGRATI. MODIFICHE ALLE LEGGI REGIONALI 21 FEBBRAIO 1990, N. 14 E 12 MARZO 2003, N. 2 BOLLETTINO UFFICIALE n. 40 del 25 marzo 2004*
- 5) *17° Master in Amministrazione e Gestione dei Servizi Sanitari – Regione Emilia-Romagna 13-14 Gennaio 2000 La danza della nascita Nicola Romeo, M. Caterina Material, Damiano Suzzi Claudio Veronesi, Tutor – Elisabetta Frejaville*
- 6) *Caritas e Migrantes. Immigrazione: Dossier statistico 2003. XIII Rapporto sull'immigrazione. Roma: Edizioni Nuova Anterem, 2003.*
- 7) *Mara Tognetti Bordogna, "Le molte forme della migrazione femminile" pubblicato in M. Giusti, Formare all'intercultura, Angeli, Milano 2004*
- 8) *Istituto Superiore di Sanità "Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze" a cura di Aldo Morrone, Angela Spinelli, Salvatore Geraci, Luigi Toma e Silvia Andreozzi. Rapporti ISTISAN 03/4 2003.*
- 9) *Convegno, "Programma regionale di riorganizzazione dei consultori familiari" Bologna 15-16 dicembre 2003; "La Salute Riproduttiva delle Donne Immigrate D.sa D. Vezzani AUSL di Modena*
- 11) *Convegno "La Salute riproduttiva e perinatale in Emilia Romagna" Bologna; "Progetto 3, L'Esperienza del sottogruppo Gravidanza Fisiologica" 10-11 febbraio 2004.*
- 12) *F. Carchedi, A. Picciolini, G. Mottura, G. Campani. "I Colori della Notte, Migrazioni, sfruttamento sessuale, esperienze di intervento sociale" Franco Angeli*
- 13) *La nascita in Emilia-Romagna, 1° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) Novembre 2004, Dante Baronciani CeVEAS, Modena, Vittorio Basevi CeVEAS, Modena, Sergio Battaglia Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali, Camilla Lupi Servizio*

Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali Simonetta Simoni Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali Eleonora Verdini Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali.

*14) Le Mutilazioni Genitali Femminili (MGF) nella popolazione immigrata in Emilia Romagna
Coordinatore ricerca: Gianfranco Gori, Unità Operativa Ostetricia Ginecologia, Azienda USL, Forlì*

*15) Immigrati in provincia di Bologna: i numeri e le tendenze (2004) Parte prima: le presenze
Brigitta Guarasci (Settore Programmazione, Controlli e Statistica, Comune di Bologna), Monica Mazzoni e Ambra Chili (Ufficio Statistica, Provincia di Bologna), Matteo Piantedosi, Claudia Bovini, Chiara Pintor (Prefettura-UTG di Bologna).*

16) L'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio: analisi dei dati regionali dicembre 2003, Consulteri Familiari Regione Emilia-Romagna.)

!7) L'esperienza dei centri o Spazi per la salute delle donne immigrate e dei loro bambini in Emilia/Romagna, Maria Giovanna Caccialupi, responsabile del Centro per la salute delle donne immigrate e loro bambini (Programma di riorganizzazione dei consultori familiari Bologna 15-16 Dicembre 2003)

18) Istituto Superiore di Sanità "Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze" a cura di Aldo Morrone, Angela Spinelli, Salvatore Geraci, Luigi Toma e Silvia Andreozzi. Rapporti ISTISAN 03/4 2003.