

Mamme migranti

ACCESSO AL PERCORSO NASCITA



progetto sostenuto con i fondi
Otto per Mille della Chiesa Valdese

**otto
per
mille**
CHIESA VALDESE
UNIONE DELLE CHIESE METODISTE E VALDESI

Indice

Introduzione

Accesso al Percorso Nascita per le mamme migranti pag. 2

1. Progetto "Nascere in Italia: processi partecipati di inclusione sociale destinati alle donne immigrate" » 4

2. Prima analisi dei risultati del monitoraggio » 6

2.1 Identikit delle Asl monitorate » 7

2.2 Identikit dei Punti Nascita monitorati » 8

2.3 Le maggiori criticità emerse attraverso le domande aperte per il Responsabile del Consultorio » 9

2.4 Alcune esperienze delle protagoniste: 65 interviste e 2 Focus group nel Lazio » 10

3. I dati » 15

3.1 Accesso ai servizi » 16

3.2 Informazioni, diritti e scelta consapevole » 25

3.3 Rispetto delle specificità etniche e culturali » 36

3.4 Accesso ai servizi durante la gravidanza e umanizzazione delle cure » 43

Conclusioni » 58

Ringraziamenti » 60

Accesso al Percorso Nascita per le mamme migranti

“E’ un dato ormai acquisito, sia nella comunità scientifica che tra i policy maker, quello che testimonia la crucialità e la rilevanza del ruolo dei cittadini all’interno dei processi di policy making, nell’arco di tutte le fasi che li strutturano. Ai cittadini viene, di fatto, riconosciuta la capacità di trarre informazioni dai dati della loro esperienza e di elaborarle”¹.

Già a partire dal 2000, Cittadinanzattiva ha sperimentato e affinato la metodologia dell'audit civico sino ad arrivare, nel 2010, alla nascita dell’Agenzia di Valutazione Civica: una struttura interna a Cittadinanzattiva creata per promuovere la cultura della valutazione e sostenere l'*empowerment* e la partecipazione dei cittadini nei processi di governo e di produzione delle politiche pubbliche e non solo di quelle sanitarie.

La valutazione civica può essere definita come una ricerca-azione realizzata dai cittadini, mediante l'utilizzo di metodologie dichiarate e controllabili, per l'emissione di giudizi motivati su realtà rilevanti per la tutela dei diritti e per la qualità della vita.

Sono dunque i cittadini stessi, organizzati e dotati di adeguati strumenti e tecniche di valutazione, a produrre informazioni rilevanti su ambiti di analisi ritenuti significativi, quali servizi resi da soggetti pubblici o privati (es. sanità, trasporti, scuola, telecomunicazioni, utenze, servizi finanziari, etc.) o politiche pubbliche attuate in determinati settori (come welfare, ambiente, giustizia), a livello nazionale o locale.

L'attività di valutazione civica consente così di monitorare e verificare, ad esempio, il rispetto di determinati standard quanti-qualitativi previsti da impegni contrattuali o Carte dei Servizi, il grado di rispondenza di determinate politiche alle attese dei cittadini o, ancora, l'effettivo rispetto di determinati obblighi normativi, talvolta largamente disattesi.

La valutazione civica è dunque essenzialmente un'attività “tecnica”: i cittadini non si limitano all'espressione di opinioni soggettive, ma sono in grado di formulare giudizi fondati sulla base di dati e informazioni raccolti e elaborati secondo metodi predefiniti e, per quanto possibile, scientificamente validi e rigorosi.

Gli elementi che differenziano la valutazione civica rispetto ad altre forme di valutazione e di ricerca sociale sono:

- in primo luogo, il “punto di vista” dal quale la realtà viene osservata, che identifica, formalizza e rende misurabili aspetti propri dell’esperienza del cittadino, che non possono essere ricondotti o interpretati da altri punti di osservazione;
- secondariamente, il fatto che tale attività sia resa direttamente, e in modo autonomo, da cittadini organizzati, che intendono esercitare un ruolo attivo nella società per il miglioramento delle istituzioni e del *policy making*.

Nei processi di valutazione civica i cittadini sono al tempo stesso:

- **promotori del processo**, vale a dire coloro che esprimono l'esigenza di approfondire e formulare un giudizio su un dato problema;

¹ Giovanni Moro, “Valutazione civica e qualità urbana: un'analisi partecipata della sperimentazione”, 2010

- **attuatori dell'indagine**, dal momento che essi stessi raccolgono dati ed elaborano informazioni rispetto al problema;
- **utilizzatori della conoscenza prodotta**, in quanto sono direttamente interessati a produrre un cambiamento sulla realtà analizzata.

Non è dunque possibile separare l'attività strettamente "tecnica" di produzione di informazioni da quella più propriamente "politica" di utilizzo delle stesse per incidere concretamente sulla società.

La valutazione civica integra queste due dimensioni in quanto:

- identifica e rende misurabili gli aspetti rilevanti dal punto di vista del cittadino;
- definisce un insieme coerente di strumenti tecnici per la raccolta dei dati e per l'elaborazione delle informazioni;
- consente ai cittadini di far valere la propria interpretazione nei processi di *policy making*.

"In sintesi, nei processi di valutazione civica l'azione di valutazione coesiste necessariamente con la mobilitazione delle persone in merito a un dato problema, la condivisione di informazioni e di un giudizio rispetto al problema e la partecipazione al reperimento e all'attuazione di soluzioni. Il cittadino-valutatore è sempre e comunque un cittadino attivo e interessato al cambiamento della società"².

² Alessio Terzi, Angelo Tanese, *"Il ruolo attivo dei cittadini nei processi di valutazione: metodi, impatti e prospettive della valutazione civica in Italia"*, 2010

1. Progetto "Nascere in Italia: processi partecipati di inclusione sociale destinati alle donne immigrate".

Cittadinanzattiva, con il sostegno dei fondi Otto per Mille della Chiesa Evangelica Valdese, ha realizzato il progetto *"Nascere in Italia: processi partecipati di inclusione sociale destinati alle donne immigrate"*, sul miglioramento dell'accesso al percorso nascita da parte delle donne immigrate.

Il progetto si è ispirato alla necessità di assicurare a tutte le donne e ai loro figli la piena equità di accesso ai servizi durante la gravidanza e il parto, senza differenze di etnia e status sociale, con pari dignità e garanzia di sicurezza e intende contribuire concretamente a costruire percorsi di miglioramento a partire da un approccio civico e partecipato.

Il progetto segue, in una linea di continuità e sviluppo, la precedente edizione³: nel corso dell'anno 2012/2013, Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato ha lavorato, nell'ambito delle politiche sull'immigrazione e l'integrazione, sul tema del miglioramento dell'accesso al percorso nascita da parte delle donne immigrate realizzando, proprio grazie allo strumento dell'audit civico, un monitoraggio sull'accessibilità da parte delle cittadine immigrate nelle strutture ospedaliere e territoriali coinvolte nel percorso nascita.

In questa seconda fase di progettazione vi è stato un lavoro molto serrato tra sede nazionale e sedi regionali di Cittadinanzattiva. Tutte le sedi territoriali, già coinvolte nella prima edizione del progetto, anche in questa seconda edizione, si sono attivate al fine di proporre idee, spunti e riflessioni, cominciando anche a raccogliere adesioni formali da parte delle associazioni e delle istituzioni locali.

La nostra organizzazione, negli ultimi anni, sta rimettendo al centro della riflessione interna il tema della tutela dei diritti degli immigrati (a partire dalla tutela dei diritti delle mamme) cercando di coniugare la trentennale esperienza di Cittadinanzattiva in materia di tutela dei diritti e di partecipazione civica in ambito socio-sanitario con la necessità di assicurare a tutte le donne e ai loro figli la piena equità di accesso ai servizi durante la gravidanza e al parto, senza differenze di etnia e status sociale.

Il progetto ha previsto l'analisi dei dati del monitoraggio civico realizzato e l'avvio di un lavoro finalizzato alla costruzione partecipata di Carte dei Servizi o all'implementazione di quelle già esistenti nelle strutture sanitarie coinvolte nel monitoraggio stesso e di programmi di miglioramento in materia di accesso ai servizi materno infantili allo scopo di analizzare lo status dell'accessibilità al percorso nascita da parte delle donne immigrate e di rendere le cittadine maggiormente proattive rispetto alla tutela dei propri diritti.

L'obiettivo è quello di avviare campagne di informazione e sensibilizzazione, in collaborazione con le associazioni di migranti, affinché le donne siano maggiormente consapevoli dei propri diritti e partecipino attivamente all'implementazione degli stessi; di avviare un confronto istituzionale a vari livelli (soprattutto regionale e territoriale) volto a favorire l'instaurarsi di percorsi integrati di assistenza alla donna dalla consapevolezza della gravidanza, al parto e al post parto; di fornire informazioni, tutela e assistenza alle cittadine immigrate attraverso i

³ "Progetto partecipato per il miglioramento dell'accesso al percorso nascita da parte delle donne immigrate", finanziato dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

centri di Cittadinanzattiva che possano fornire informazioni relativamente all'accesso alle cure e ai diritti che sottendono lo stato di gravidanza, in un'ottica di partecipazione ed *empowerment* dei cittadini, sia italiani che immigrati.

Il progetto ha previsto, inoltre, la redazione di un leaflet informativo sulla maternità consapevole: si tratta di una guida per le mamme migranti relativa al percorso nascita, di facile consultazione per le donne immigrate, in cui abbiamo illustrato i diritti relativi al percorso nascita e le principali informazioni sui servizi del territorio di riferimento. La guida è stata tradotta in quattro lingue straniere (inglese, francese, arabo e cinese) e diffusa in tutto il territorio nazionale, tramite i centri di tutela di Cittadinanzattiva.

2. Prima analisi dei risultati del monitoraggio

Attraverso i volontari del Tribunale per i diritti del malato di Cittadinanzattiva e sulla base della esperienza di più di trent'anni in materia di tutela dei diritti e di partecipazione civica in ambito socio-sanitario, è stato attivato un percorso articolato di valutazione civica in strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, di interlocuzione con gli stakeholders e di costruzione partecipata di Carte dei Servizi e programmi di miglioramento in materia di accesso ai servizi materno infantili.

Il monitoraggio civico sull'accessibilità da parte delle cittadine immigrate nelle strutture ospedaliere e territoriali coinvolte nel percorso nascita (Asl, Punto Nascita, Consultorio) è stato realizzato in sette regioni (Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Puglia e Sicilia).

Le aree tematiche indagate attraverso gli strumenti di rilevazione sono state quattro:

1. ACCESSO AI SERVIZI
2. INFORMAZIONI, DIRITTI E SCELTA CONSAPEVOLE
3. RISPETTO DELLE SPECIFICITÀ ETNICHE E CULTURALI
4. ACCESSO AI SERVIZI DURANTE LA GRAVIDANZA E UMANIZZAZIONE DELLE CURE

Sono stati elaborati tre strumenti di rilevazione, corrispondenti ai livelli individuati come idonei a fornire informazioni in merito al percorso nascita, in questa prima sperimentazione:

Livello 1

Questionario per la Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria

Livello 2

Questionario/Griglia di osservazione per il Punto Nascita più un'appendice contenente alcune domande aperte per il responsabile del Punto Nascita

Livello 3

Questionario/Griglia di osservazione per il Consultorio più un'appendice contenente alcune domande aperte per il responsabile del Punto Nascita.

É stata predisposta, inoltre, una breve intervista con domande aperte da somministrare:

- al responsabile del Servizio STP (Stranieri Temporaneamente Presenti)
- al responsabile del Dipartimento Materno-Infantile.

2.1 IDENTIKIT DELLE ASL MONITORATE

AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO	
numero Comuni	29
bacino d'utenza (n. abitanti)	584229
numero Distretti	7
numero presidi ospedalieri a gestione diretta	4
numero Consultori	18
Numero di Servizi STP	15

AZIENDA SANITARIA LOCALE BAT (Barletta, Andria, Trani)	
numero Comuni	10
bacino d'utenza (n. abitanti)	390 996
numero Distretti	5
numero presidi ospedalieri a gestione diretta	4
numero Consultori	9
Numero di Servizi STP	-

FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA - Ospedale Maggiore Policlinico Milano	
numero Comuni	1
bacino d'utenza (n. abitanti)	-
numero Distretti	47
numero presidi ospedalieri a gestione diretta	2
numero Consultori	43
Numero di Servizi STP	1

AO Istituti clinici di perfezionamento Milano - Ospedale Buzzi	
numero Comuni	3
bacino d'utenza (n. abitanti)	300 000
numero Distretti	5
numero presidi ospedalieri a gestione diretta	-
numero Consultori	4
Numero di Servizi STP	-

ASL Roma D	
numero Comuni	2
bacino d'utenza (n. abitanti)	592 752
numero Distretti	4
numero presidi ospedalieri a gestione diretta	1
numero Consultori	11
Numero di Servizi STP	7

ASL LATINA	
numero Comuni	33
bacino d'utenza (n. abitanti)	555 000
numero Distretti	5
numero presidi ospedalieri a gestione diretta	3
numero Consultori	14
Numero di Servizi STP	5

AZIENDA SANITARIA LOCALE BOLOGNA	
numero Comuni	50
bacino d'utenza (n. abitanti)	900 000
numero Distretti	6
numero presidi ospedalieri a gestione diretta	1
numero Consultori	40
Numero di Servizi STP	0

AO Bianchi Melacrino Morelli – Reggio Calabria

ASP CATANIA

2.2 IDENTIKIT DEI PUNTI NASCITA MONITORATI

OSPEDALE SS ANNUNZIATA DI TARANTO	
Numero dei posti letto ordinari per acuti	-
Numero dei parti annui	1640

OSPEDALE MELACRINO MORELLI REGGIO CALABRIA	
Numero dei posti letto ordinari per acuti	40
Numero dei parti annui	1740

OSPEDALE MAGGIORE BOLOGNA	
Numero dei posti letto ordinari per acuti	30
Numero dei parti annui	3125

OSPEDALE MACEDONIO MELLONI MILANO	
Numero dei posti letto ordinari per acuti	12
Numero dei parti annui	2800

PO S. MARTA E S. VENERA ACIREALE	
Numero dei posti letto ordinari per acuti	10
Numero dei parti annui	675

2.3 LE MAGGIORI CRITICITÀ EMERSE ATTRAVERSO LE DOMANDE APERTE PER IL RESPONSABILE DEL CONSULTORIO

Secondo la sua esperienza, lavorando a contatto con donne immigrate:

A) Quali sono le principali criticità o i bisogni che in queste donne si riscontrano e su cui si dovrebbe intervenire?

- Scarsa consapevolezza delle tutele normative in ambito legale e sanitari.
- Difficoltà linguistiche.
- Preclusioni e condizionamenti di matrice culturale.
- Necessità di integrazione culturale tanto per il medico quanto per il paziente.
- Scarsa informazione sull'accesso ai servizi.

B) Come si potrebbe intervenire?

- Con il mediatore interculturale.
- Potenziando l'intervento congiunto di enti istituzionali territoriali sanitari e del mondo associazionistico.
- Consenso informato multi-lingue.
- Informazioni accessibili e semplici per i pazienti immigrati attraverso l'URP.

C) Rispetto alla struttura in cui lei lavora, riscontra delle criticità che, a suo parere, possono

essere migliorabili per garantire alle donne immigrate la più adeguata assistenza sanitaria, il necessario sostegno ed orientamento e appropriate informazioni?

- L'assenza di mediatori culturali non ha impedito agli operatori di rispondere alle richieste delle donne; sicuramente con l'intervento dei mediatori interculturali il servizio migliorerà.
- Produrre e diffondere materiale informativo mirato e multilingue.
- Proporre forme di aggregazione pre e post-parto sia in forme miste (etnie diverse) che omogenee.
- Attivare percorsi formativi per il personale di assistenza/accoglienza a tutti i livelli (ostetriche/infermieri/medici).

2.4 ALCUNE ESPERIENZE DELLE PROTAGONISTE: 65 interviste e 2 Focus group nel Lazio

Target di nazionalità e di anni di permanenza in Italia molto eterogeneo

- Da 0 a 10 anni la permanenza in Italia.
- India, Cina, Nord-africa, Europa dell'est, Centro-Africa, Albania, Brasile.

Qual è la ragione della tua venuta qui, in Italia?

- Ricongiungimento familiare.
- Lavoro.
- Attività commerciale .
- Studio architettura.
- Per cercare lavoro ed aiutare la mia famiglia in Marocco.
- Sono rifugiata politica motivi umanitari.

Quando hai capito che aspettavi un bambino cosa hai fatto?

- Ho parlato con il medico di base.
- L'ho detto a mia cugina e lei mi ha portata dalla sua dottoressa, al consultorio.
- Stavo male e sono andata al pronto soccorso, non pensavo di essere incinta, sono passati 12 anni dall'ultima gravidanza.
- Ho parlato con mio marito.
- Ho smesso di fumare e ho fatto le analisi.
- Ho parlato con mia suocera che è da 15 anni in Italia che mi ha portato dal suo ginecologo.
- Ho chiesto a mia madre come fare per abortire.
- Mi sono spaventata perché il padre italiano non voleva il bambino, io sì.
- Ho chiamato mia madre nel mio Paese.
- Ho fatto il test.

A chi ti sei rivolta (es. un medico che conoscevi, un medico che ti era stato consigliato da amiche/sorelle/famiglia/comunità, oppure sei andata in ospedale, o al consultorio; oppure le tue amiche/sorelle/la tua famiglia/persona della tua comunità ti hanno consigliato di andare al consultorio o sei stata da loro accompagnata, etc.)?

- Mi sono rivolta prima al medico di base poi all'ospedale.
- Ho parlato con mio marito e poi mi sono rivolta all'ospedale che già conoscevo.
- Sono andata al consultorio dove lavora una mia amica mediatrice culturale.
- Prima al consultorio, poi all'ospedale: non sapevo se portare avanti la gravidanza o no perché né io e né mio marito avevamo un lavoro.
- Non sono andata subito dal medico perché dovevo lavorare e mettere da parte qualche soldo, non potevo perdere il lavoro.

Se sei stata al consultorio, come ti hanno accolta? Si sono soffermati a parlare con te, a spiegarti?

- No, non parlavo italiano cinque anni fa. Ero arrivata da poco in Italia.
- Sì, molto gentili.
- Sì bene. Capivo poco ma c'era un interprete in viva voce al telefono.
- No, mi hanno solo comunicato che i medici sono tutti obiettori di coscienza quindi sono dovuta andare in un'altra città per l'intervento.
- Molto bene. Mi hanno anche aiutata a trovare un lavoro come badante.

Che tipo di informazioni ti hanno dato? C'erano degli opuscoli scritti in una lingua che conosci?

- Il medico ha detto che io e la bambina stavamo bene.
- Sì, c'era un opuscolo in arabo.
- Mi hanno dato un foglio di analisi da fare.
- Non c'erano opuscoli, poi io non so leggere e scrivere.

Se sei stata in ospedale, come ti hanno accolta? Si sono soffermati a parlare con te, a spiegarti?

- Mi hanno accolta bene, oggi ho fatto la prima visita, sono incinta al 3° mese.
- C'è un'infermiera cinese e siamo diventate amiche.
- Sì, la prima visita è durata più di un'ora.

Che tipo di informazioni ti hanno dato? C'erano degli opuscoli scritti in una lingua che conosci?

- No, nessun opuscolo (le Regioni del Sud).

- Si ce n'erano tanti, non solo sulla gravidanza (Milano e Bologna).

Durante la gravidanza sei ritornata al consultorio (o in ospedale) per visite, esami?

- Sì, facevo una visita al mese dal ginecologo.
- In ospedale no, era troppo complicato, non c'erano cartelli e non sapevo dove andare.

Hai partecipato a degli incontri? Che cosa imparavate?

- No, per lavoro non potevo.
- Non mi hanno invitata.
- Sì, ho partecipato ai corsi di preparazione al parto.

Ti hanno spiegato, per esempio, che in Italia le donne straniere possono fare le visite e gli esami per la gravidanza gratuitamente? Che in Italia si partorisce gratuitamente? Che anche le donne che non hanno un permesso di soggiorno regolare hanno diritto ad essere seguite dai medici? Che puoi richiedere un permesso di soggiorno che sarà valido fino ai 6 mesi dalla nascita del bambino?

- Solo in parte.
- Me lo ha detto mia suocera, non sapevo nemmeno che avevo dei diritti.
- Sì, me lo ha detto la mediatrice culturale.
- Mi hanno detto solo che le visite erano gratis ma non del permesso di soggiorno.

Cosa avresti voluto sapere? Come avresti voluto essere seguita ed assistita?

- Non sono in grado di rispondere oggi, ho fatto solo la prima visita.
- Volevo sapere come fare per i bambini, se ci sono servizi per le donne che lavorano e non sanno dove lasciare i figli. Mi hanno detto che a Taranto è difficile.
- Avrei voluto sapere del rischio di non avere più figli, data la mia patologia.
- Se potevo andare con il bambino in una casa per ragazze madri o trovare una casa con un affitto basso.
- Se il bambino nato in Italia avrebbe avuto la cittadinanza italiana e quali documenti sarebbero serviti per portare il mio bambino in Romania.

Mentre eri incinta i medici e gli operatori che erano al consultorio capivano le tue necessità? Ti sei trovata bene?

- SÌ
- NO

CIRCA 50% e 50%

Se non ti sei trovata bene, secondo te, quali sono i motivi (perché non parlavano la tua stessa lingua, perché avresti voluto essere visitata da una ginecologa donna, perché i medici e gli operatori avevano poco tempo, etc.)?

- Mi sarebbe piaciuto che qualcuno in ospedale parlasse la mia lingua per trovare una amica.
- Avrei voluto una stanza singola.
- La ginecologa anche prima del parto era stanca e nervosa.

Durante la tua gravidanza e durante il parto hai trovato l'assistenza di un mediatore culturale o linguistico, un interprete? Ti è stato almeno proposto?

- Non ce n'è stato bisogno, mio marito parla bene l'italiano.
- Sì, insieme alla mediatrice interculturale e telefonicamente con interprete cinese in viva voce.
- No perché c'era mia sorella che parla meglio l'italiano.

Durante la tua gravidanza hai trovato l'assistenza di un interprete? Ti è stato almeno proposto?

- NO
- SI

Circa il 70% NO, Circa il 30% SI

Ti ricordi l'esperienza del parto?

- Sì, la più bella da quando sono in Italia.
- Sì, ancora oggi, a distanza di tre anni.
- Pochissimo, stavo molto male.

Qualcuno ti ha detto che potevi portare una persona a te cara in sala parto?

- Sì, c'era mio marito.
- Sì ma io non ho voluto nessuno.
- No, avrei voluto mia madre.

Hai potuto scegliere la posizione che volevi, per partorire? Ti avevano detto che ne hai diritto?

- No

Ti hanno chiesto se preferivi che in sala parto fosse presente una ginecologa donna invece che un dottore?

- No

Durante il parto ed in ospedale, i medici e gli operatori che ti seguivano capivano le tue necessità? Come avresti voluto essere seguita ed assistita?

- Mi è mancata la mia mamma in quei giorni. Tutte le italiane avevano molti visitatori.
- Sì, parlavano molto tempo con me, soprattutto le infermiere. I medici quasi mai.
- Un incubo. Nessuno mi parlava perché non parlavo italiano.

Durante la gravidanza avresti preferito essere nel tuo Paese o sei rimasta soddisfatta di come sei stata seguita in Italia?

- Sì e non sono soddisfatta di come mi hanno trattato in sala parto.
- Preferisco partorire in Italia.

Hai reso la dichiarazione di nascita in ospedale? Hai avuto problemi nel farlo e, se sì, di che tipo?

- No.
- Non so che cos'è, forse l'ha fatta mio marito.

Come sarebbe stato partorire nel tuo Paese?

- Sarei stata meno sola.
- Non lo so, ho sempre partorito in Italia.
- La mia famiglia mi avrebbe portato tanti regali.
- Più bello, più accogliente perché partorivo a casa.
- Uguale, un figlio è sempre un figlio.

Come è stato il ritorno dall'ospedale a casa?

- Bello, amici e parenti tutti felici.
- Bellissimo.
- Un po' confusa e con i dolori.
- Non bello, sono stata ospite per altri due mesi da un amico di mio marito.
- Felicissima e il mio bambino stava bene.

3. I dati

Come già argomentato nel paragrafo 1, Cittadinanzattiva ha realizzato un monitoraggio civico sull'accessibilità da parte delle cittadine immigrate nelle strutture ospedaliere e territoriali coinvolte nel percorso nascita in sette regioni:

- CALABRIA
- CAMPANIA
- EMILIA-ROMAGNA
- LAZIO
- LOMBARDIA
- PUGLIA
- SICILIA

Le aree tematiche indagate attraverso gli strumenti di rilevazione sono state quattro:

1. ACCESSO AI SERVIZI
2. INFORMAZIONI, DIRITTI E SCELTA CONSAPEVOLE
3. RISPETTO DELLE SPECIFICITÀ ETNICHE E CULTURALI
4. ACCESSO AI SERVIZI DURANTE LA GRAVIDANZA E UMANIZZAZIONE DELLE CURE

Sono stati elaborati tre strumenti di rilevazione, corrispondenti ai livelli individuati come idonei a fornire informazioni in merito al percorso nascita, in questa prima sperimentazione:

Livello 1

Questionario per la Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria

Livello 2

Questionario/Griglia di osservazione per il Punto Nascita più un'appendice contenente alcune domande aperte per il responsabile del Punto Nascita

Livello 3

Questionario/Griglia di osservazione per il Consultorio più un'appendice contenente alcune domande aperte per il responsabile del Punto Nascita.

É stata predisposta, inoltre, una breve intervista con domande aperte da somministrare:

- al responsabile del Servizio STP (Stranieri Temporaneamente Presenti)
- al responsabile del Dipartimento Materno-Infantile.

Elaborando i questionari sottoposti ed attraverso un confronto tra le strutture oggetto del monitoraggio civico - Asl, Punto Nascita e Consultorio – in questo capitolo vengono individuati ed analizzati i principali fattori che riguardano l'accesso ai servizi sanitari per le donne immigrate durante la gravidanza lungo tutto il percorso nascita e gli strumenti che vengono

posti in essere per garantire l'assistenza in ragione delle specificità etniche e culturali.

La promozione della salute, la prevenzione e la presa in carico durante la fase della gravidanza devono essere garantiti attraverso una completa integrazione dei servizi dei diversi livelli operativi.

Ad ogni donna deve infatti essere assicurato, nell'ambito dell'organizzazione regionale delle cure, un idoneo percorso che le consenta di accedere con facilità al livello di cura più adeguato e completo al suo caso, a partire dalla rete dei Consultori Familiari che rappresenta il I livello, fino all'attività svolta dagli ambulatori specialistici del Distretto e dell'Ospedale.

3.1 Accesso ai servizi

Necessità imprescindibile è quella di assicurare a tutte le donne e ai loro figli la piena equità di accesso ai servizi durante la gravidanza e il parto, senza differenze di etnia o status sociale, con pari dignità e garanzia di sicurezza.

I dati sull'utilizzo dei servizi sanitari da parte degli immigrati in Italia sono piuttosto scarsi, ma le ricerche ci dicono che gli stranieri incontrano numerosi ostacoli nell'accedere alle cure sanitarie ed ai servizi messi a disposizione.

Gli ostacoli culturali spesso sono i più rilevanti: la gestione del momento assistenziale durante una gravidanza può essere critica in ragione delle differenze linguistiche e culturali, mentre per alcune donne immigrate è la mancanza di medici di sesso femminile a determinare il mancato accesso alle cure sanitarie.

È ben noto come in tutti i settori della salute pubblica, le criticità assistenziali emergano con maggiore forza nelle fasce di popolazione più deboli dal punto di vista socio-economico: questo è tanto più vero per le donne immigrate che oltre ad appartenere tendenzialmente alle categorie sociali più deboli hanno un ulteriore elemento di difficoltà nell'interazione con i servizi assistenziali dovuto alla non conoscenza della lingua e più in generale all'appartenenza a modelli socio-culturali diversi.

A questo si aggiunge l'incertezza di una chiara politica sulla migrazione e una discontinuità applicativa con conseguente percezione di insicurezza da parte dei cittadini stranieri sul diritto alla tutela della propria salute e all'accesso ai servizi assistenziali.

Non bisogna non considerare che gli immigrati vengono identificati come soggetti particolarmente a rischio di esclusione sociale e, conseguentemente, di marginalizzazione nell'accesso ai servizi sanitari.

Tuttavia, nonostante l'acquisizione di tale consapevolezza, non sempre è facile la definizione degli elementi che concorrono alla determinazione di queste condizioni e risulta difficile individuare suggerimenti orientati al superamento delle problematiche a livello locale e nazionale, che possano tradursi in *policies* sostenibili e contemporaneamente efficaci su tutte le sfere considerate.

Sempre più spesso i nostri servizi sanitari offrono risposte unilaterali a bisogni di per sé diversificati per modelli culturali, linguistici e sociali.

Nella Figura 1 di seguito rappresentata è stato chiesto se nella struttura monitorata siano

presenti punti di informazione ed orientamento specificamente dedicati alle donne migranti presso i quali sia possibile rivolgersi per le tematiche legate alla gravidanza ed alla maternità, ad eccezione dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP).

Dai dati acquisiti e analizzati emerge quanto segue:

- per quanto riguarda le Aziende sanitarie locali, nel 40% dei casi esistono punti di informazione ed orientamento rivolti a tutti (migranti e non); sempre nel 40% dei casi esistono servizi di questo tipo dedicati a tutta l'utenza straniera (non solo donne); nel 10% dei casi i servizi sono dedicati a donne migranti in gravidanza e neo mamme; nel 10% dei casi non esiste alcun servizio di informazione;
- per quanto riguarda i Punti Nascita, nel 46% dei casi non esiste alcun servizio di informazione; nel 27% esistono punti rivolti a tutti (migranti e non); infine nel 9% dei casi i servizi sono dedicati a tutta l'utenza straniera (non solo donne);
- per quanto riguarda i Consultori, nella maggior parte dei casi (69%) esistono servizi di informazione ed orientamento rivolti generalmente a tutti i cittadini indistintamente; nel 19% non esistono; nel 6% dei casi sono dedicati a tutta l'utenza straniera (senza distinzione di sesso) e nella stessa percentuale (6%) esistono invece servizi dedicati esclusivamente a donne migranti in stato di gravidanza e neo mamme.

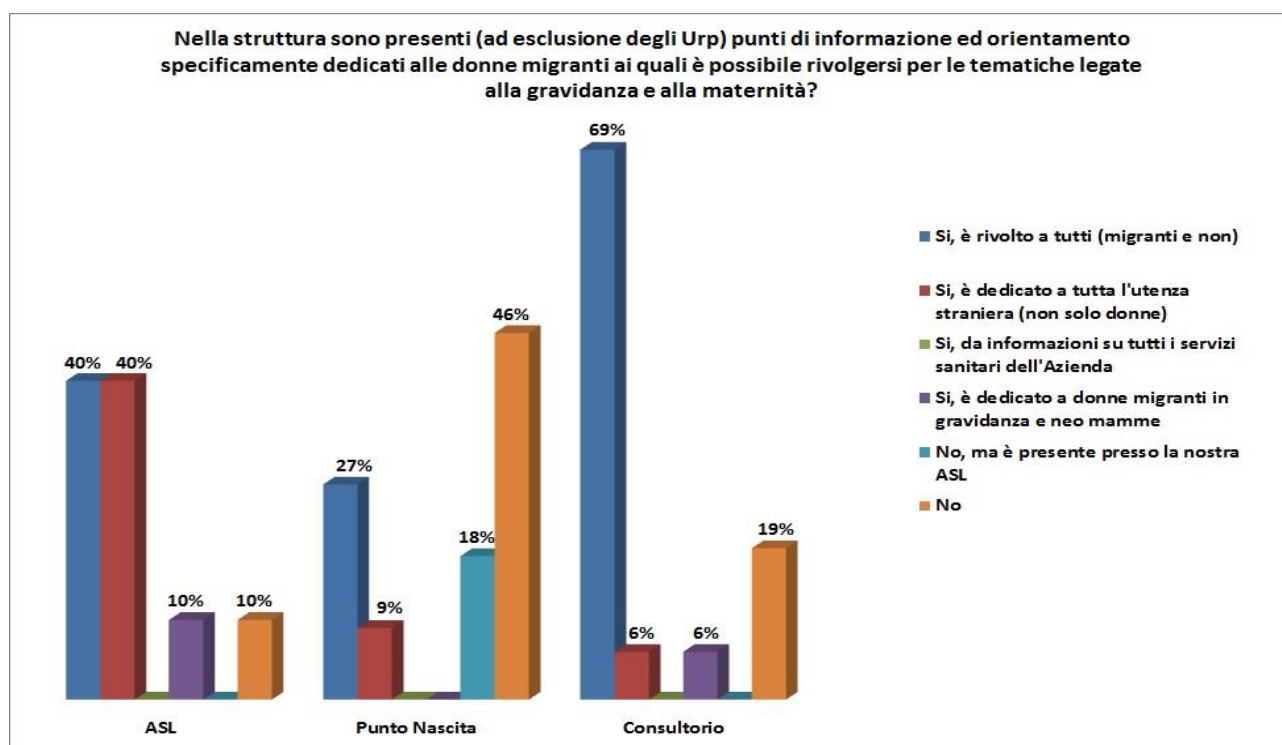


Fig. 1 - Cittadinanzattiva

Bilancio positivo, dunque, per quanto riguarda le strutture consultoriali e le Asl, meno positivo per quanto riguarda invece i Punti Nascita dove, nella maggior parte dei casi, non esistono punti di informazione ed orientamento specificamente dedicati alle donne migranti durante la loro gravidanza e/o maternità: questo porta ad una riflessione abbastanza amara, perché mancano all'interno della maggior parte di queste strutture servizi informativi destinate alle mamme migranti, facendo venire meno un riferimento importante per soggetti che possono

essere considerati deboli e in una situazione di particolare fragilità che si trovano a vivere una condizione particolare della loro vita come l'attesa e la nascita di un bambino.

E' stato poi chiesto se nelle strutture monitorate fossero presenti sportelli e/o spazi di ascolto a sostegno psicosociale dedicati specificamente alle donne migranti presso i quali sia possibile rivolgersi per le tematiche legate alla gravidanza e alla maternità.

Come rappresentato nella Figura 2, sia nella maggior parte delle Asl monitorate (40%) che nella maggior parte dei Consultori (88%) esistono servizi di ascolto di questo tipo, rivolti prevalentemente a tutti: si tratta di una positiva presa d'atto, considerato che il fattore psicosociale riveste per le donne immigrate un'importanza basilare, soprattutto perché si tratta di soggetti che si trovano in una condizione di particolare debolezza e fragilità che si trovano a vivere un evento particolare e straordinario della propria vita come la maternità.

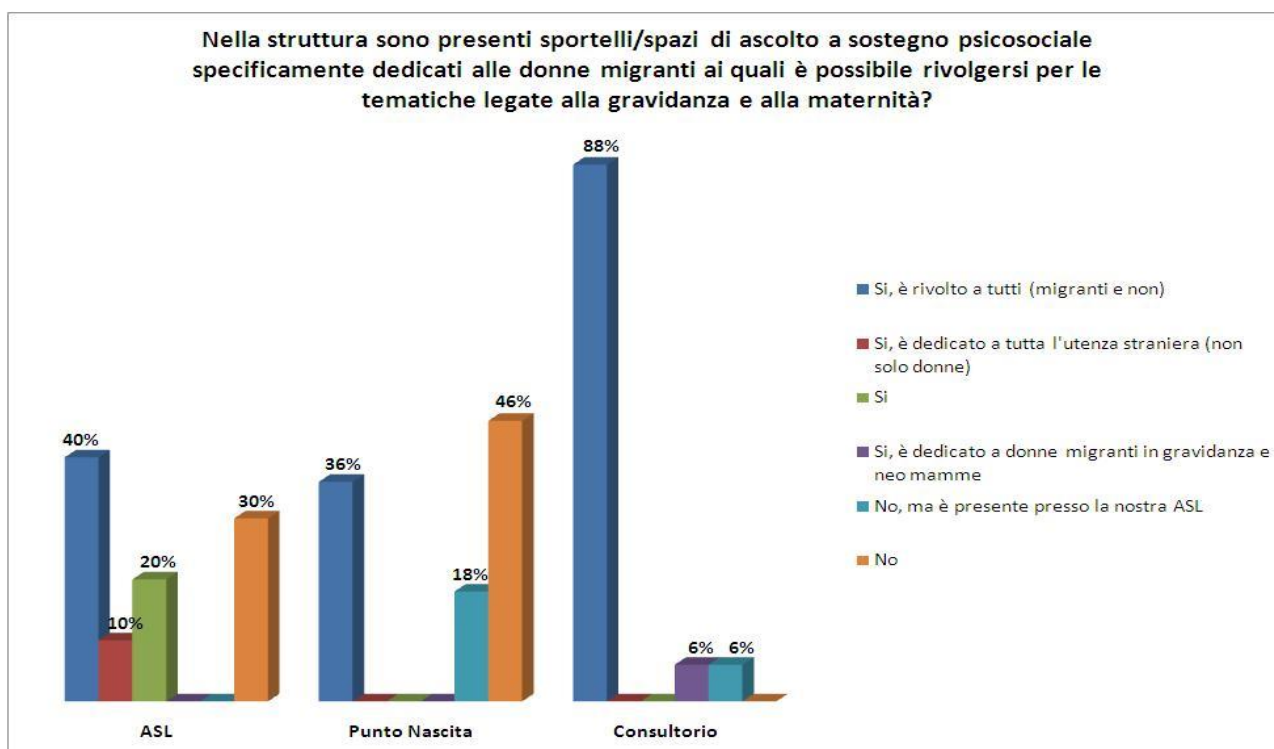


Fig. 2 - Cittadinanzattiva

Anche in questo caso, nei Punti Nascita, nel 46% delle strutture non esistono questo tipo di servizi e si tratta di una nota negativa; nel 36% invece, esistono servizi rivolti a tutti e nel 18% questi spazi sono presenti nelle Asl di riferimento dove nel 30% delle strutture monitorate non troviamo sportelli o spazi di ascolto; nel 20% si; nel 10% esistono invece servizi dedicati a tutta l'utenza straniera.

Tra condizioni sanitarie e condizioni psicosociali degli immigrati intercorre una strettissima correlazione, ma gran parte dei servizi mostrano attualmente alcuni significativi ostacoli di tipo linguistico, comunicativo e, in generale, relazionale che vengono esaltati nell'ambito assistenziale dei soggetti in condizione di maggiore fragilità sociale.

Oltre ad una difficoltà connessa a visioni culturali diverse delle pratiche sanitarie, si riscontra una difficoltà pratica di relazione tra il medico e il paziente immigrato.

Il primo ostacolo è costituito da una ovvia difficoltà comunicativa che crea una barriera linguistica; il secondo livello riguarda gli ostacoli più tipicamente culturali a rapportarsi con il personale sanitario, come possono essere, ad esempio, le difficoltà da parte delle donne di alcune comunità a farsi visitare da medici di sesso maschile.

Il superamento di queste barriere culturali e delle differenze non solo linguistiche ma anche comunicative, cognitive ed antropologiche tra medico e paziente costituisce un aspetto fondamentale per il miglioramento dell'offerta di servizi alla popolazione straniera, ma esso può realizzarsi solo attraverso un impegno da parte delle Istituzioni sanitarie ad applicare politiche adeguate in materia.

Un altro importante fattore da tenere in considerazione riguarda l'omogeneità delle funzioni e delle attività svolte dalle strutture (Asl, Punti Nascita, Consultori) e la messa in rete e condivisione delle informazioni, secondo un'ottica partecipativa ed al fine di assicurare un'offerta assistenziale equa e uniforme sull'intero territorio.

Risulta infatti necessario un approccio globale e multidimensionale ai bisogni della persona ed è necessario un forte coordinamento funzionale delle attività, per garantire un'efficace integrazione territorio - ospedale - territorio, omogeneità di programmazione e intervento dei servizi su tutto il territorio della Asl, per assicurare uniformità ed equità delle prestazioni e per attivare percorsi integrati e facilitanti che siano particolarmente indirizzati alle situazioni socio-sanitarie di maggiore vulnerabilità e/o caratterizzate da disagio psicosociale ed economico.

Il Consultorio Familiare costituisce un importante strumento all'interno del Distretto per attuare gli interventi previsti a tutela della salute della donna più globalmente intesa e considerata nell'arco dell'intera vita, nonché a tutela della salute dell'età evolutiva e dell'adolescenza e delle relazioni di coppia e familiari. Le attività consultoriali rivestono infatti un ruolo fondamentale nel territorio in quanto la peculiarità del lavoro di équipe rende le attività stesse uniche nella rete delle risorse sanitarie e socio-assistenziali esistenti.

Dal monitoraggio effettuato, come rappresentato nella Figura 3, risulta che il 60% dei Consultori sono in rete tra di loro; non così per il 30% ed infine solo alcuni nel restante 10%.

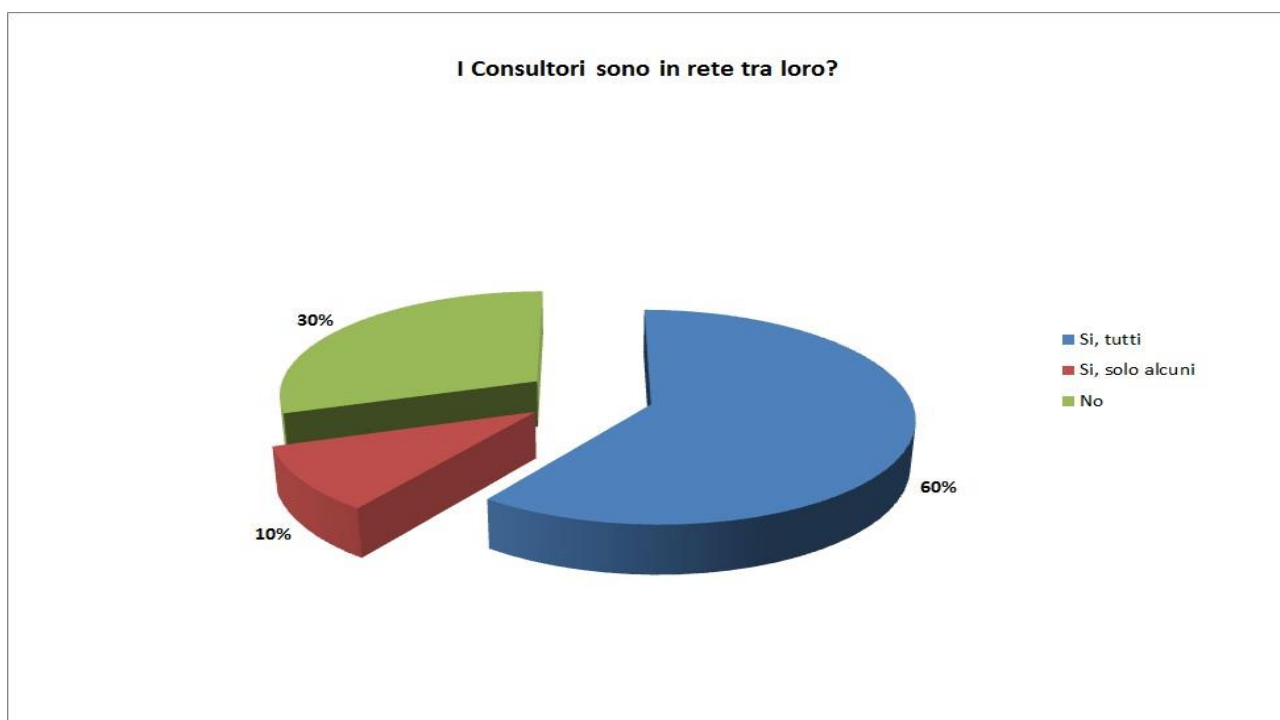


Fig. 3 - Cittadinanzattiva

L'apporto conoscitivo e la rete operativa dei Consulteri rappresenta il fondamento per la programmazione aziendale, al fine di garantire la trasversalità degli interventi sull'intero territorio della Asl e creare rete anche con i Punti Nascita è un passaggio fondamentale, soprattutto per creare percorsi con una operatività integrata, attraverso la condivisione e lo scambio di informazioni per assicurare un approccio multidisciplinare, accoglienza e colloqui di informazione/aiuto/sostegno orientati alla scelta consapevole; accessibilità ai percorsi socio-assistenziali nell'intero territorio della Asl; implementazione di percorsi dedicati per l'accesso alle prestazioni; facilitazione dell'accesso alle donne e ai bambini stranieri attraverso materiale informativo multilingue.

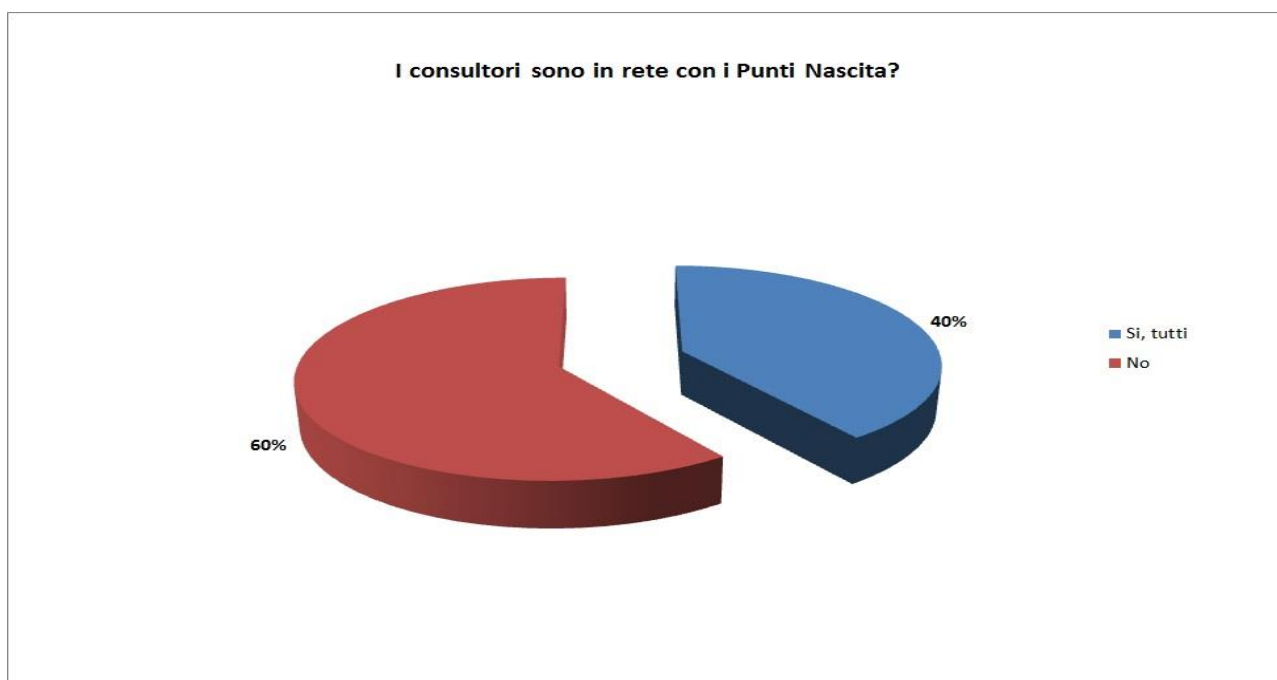


Fig. 4 - Cittadinanzattiva

Nella Figura 5 vengono riportate le percentuali relative alla rete Consultori-Punti Nascita: il 40% delle strutture consultoriali è in rete con i Punti Nascita; il 60% no.

La lettura di questi dati ci consente di affermare che in un progetto più ampio di tutela della salute della donna dovrebbe essere prevista una riqualificazione del Consultorio Familiare, sia in termini organizzativi che operativi, che integri l'offerta consultoriale con quella delle altre strutture territoriali facenti capo all'organizzazione dipartimentale dell'area materno - infantile in modo tale che si possa perseguire una maggiore efficacia ed efficienza, coniugata ad una maggiore equità di accesso e presa in carico.

Per quanto riguarda l'organizzazione delle rete ospedaliera e territoriale, proprio in un'ottica di integrazione, al fine di garantire la continuità delle cure all'interno del percorso nascita, nel caso delle Asl monitorate nel 70% delle strutture si realizza sia un invio guidato al Punto Nascita dopo la 36° settimana, sia un invio guidato al Consultorio per il percorso di gravidanza fisiologico; nel 60% delle strutture esiste un Ambulatorio per la gravidanza a rischio, mentre nel 30% dei casi esiste una cartella unica di gestione integrata della gravidanza (Fig. 5).

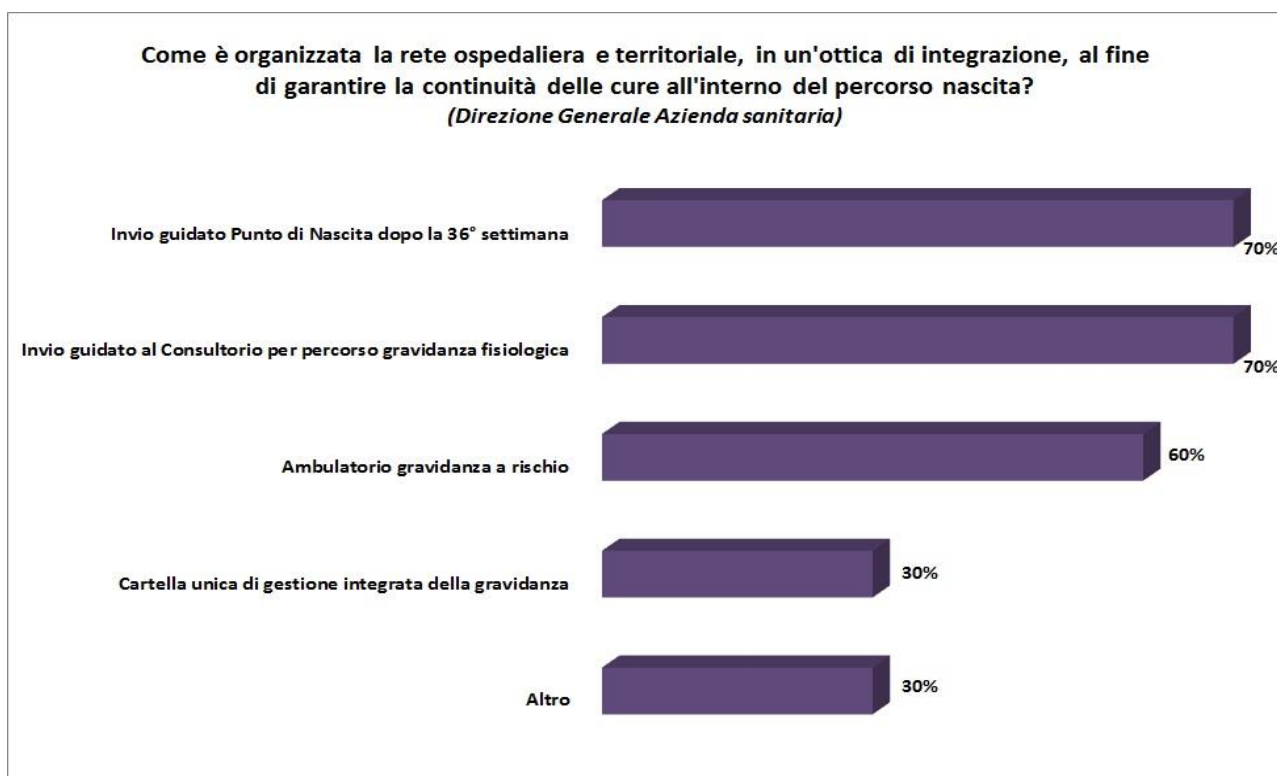


Fig. 5 – Cittadinanzattiva

Nel 30% delle strutture vengono invece adottati altri strumenti specificati nella Tabella di seguito rappresentata (Tab. 1).

Altro
<ul style="list-style-type: none"> • Uso quaderno regionale per la gravidanza • le ostetriche seguono le gravidanze fisioterapiche con riscontro regionale nei consultori • Progetti (Tutela della nascita - Sostegno all'allattamento) e integrazione con i servizi sociali del Comune.

Tab.1 - Cittadinanzattiva

Per quanto riguarda la messa in rete delle informazioni all'interno del percorso nascita, nel caso dei Consultori, nel 56% dei casi si realizza un'integrazione tra rete ospedaliera e consultoriale; nessuna integrazione nel 26%; nel restante 18% si realizza una minima integrazione tra Consultorio e ospedale solo per l'interruzione della gravidanza (6%), per l'assistenza domiciliare post nascita (6%) ed infine per incontri domiciliari dopo la nascita (Fig. 6).

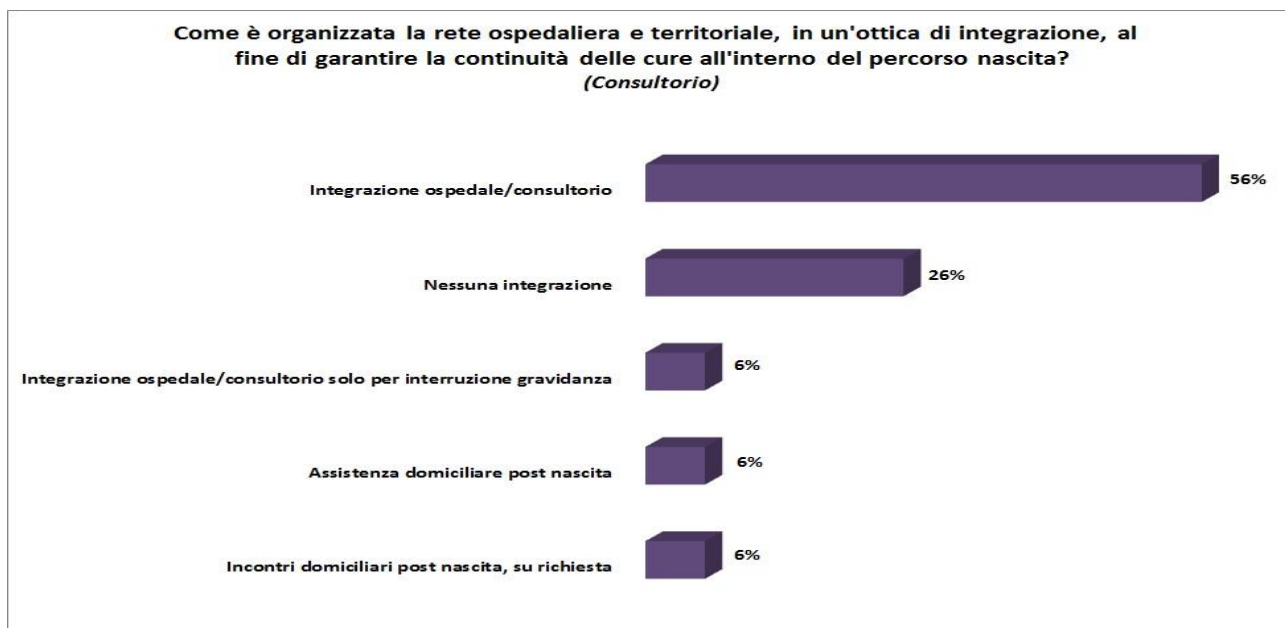


Fig. 6 - Cittadinanzattiva

È stato poi chiesto se per le donne straniere di diversa etnia che presentano particolari fragilità e/o criticità siano stati previsti dei percorsi di sostegno, accompagnamento alla nascita, integrazione tra i servizi. Sono stati messi a confronto i risultati dei questionari sottoposti ad Asl e Consultori e, nel primo caso, solo nella metà delle strutture monitorate (50%) sono presenti questo tipo di percorsi; per i Consultori, nel 69% dei casi (Fig. 7).

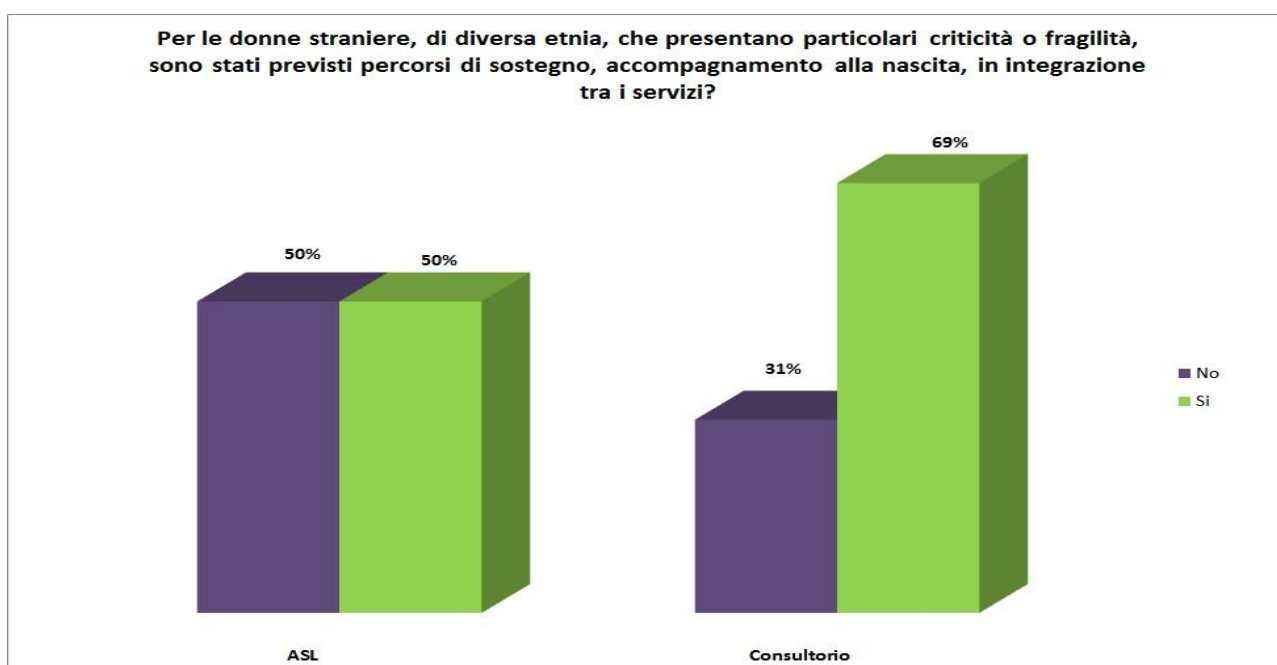


Fig. 7 - Cittadinanzattiva

Ma in che modo questi percorsi sono stati realizzati?

A domanda specifica, come è evidenziato nella Tabella 2, sia nelle Asl che nei Consultori si realizzano attraverso una serie di attività, come l'integrazione tra il lavoro del Consultorio con

quello di altri servizi pubblici, mediante collaborazione con mediatori culturali presenti in specifiche giornate presso ambulatori di ostetricia e patologia della gravidanza, prevedendo un CAN (Corso Accompagnamento Nascita) con assistenti sociali e psicologi.

Nel caso delle Aziende sanitarie anche tramite UOC (Unità operativa complessa) - UOMI (Unità operativa materno infantile) - URP e per mezzo di un raccordo sistematico con i servizi sociali del Comune e con il volontariato; nel caso dei Consultori anche mediante collaborazione attiva con l'Ospedale.

Se sì, come?	ASL	Consultorio
Tramite UOC (Unità operativa complessa) - UOMI (Unità operativa materno infantile) - URP	✗	
Tramite integrazione tra il lavoro del consultorio con quello di altri servizi pubblici (servizi sociali comunali, DSM, Guardia Medica) e Privati	✗	✗
Mediante collaborazione con mediatori culturali presenti in specifiche giornate presso ambulatori di ostetricia e patologia della gravidanza	✗	✗
Prevedendo un CAN (Corso Accompagnamento Nascita) con assistenti sociali e psicologi	✗	✗
Per mezzo di un raccordo sistematico con i servizi sociali del Comune e con il volontariato	✗	
Mediante collaborazione attiva tra Consultorio e Ospedale		✗

Tab. 2 – Cittadinanzattiva

E' stato chiesto poi se esista nelle Asl a livello aziendale un registro degli obiettori di coscienza, aggiornato negli ultimi due anni: prevalentemente esiste e nel 44% dei casi è anche dettagliato; risposta negativa nel restante 22%.

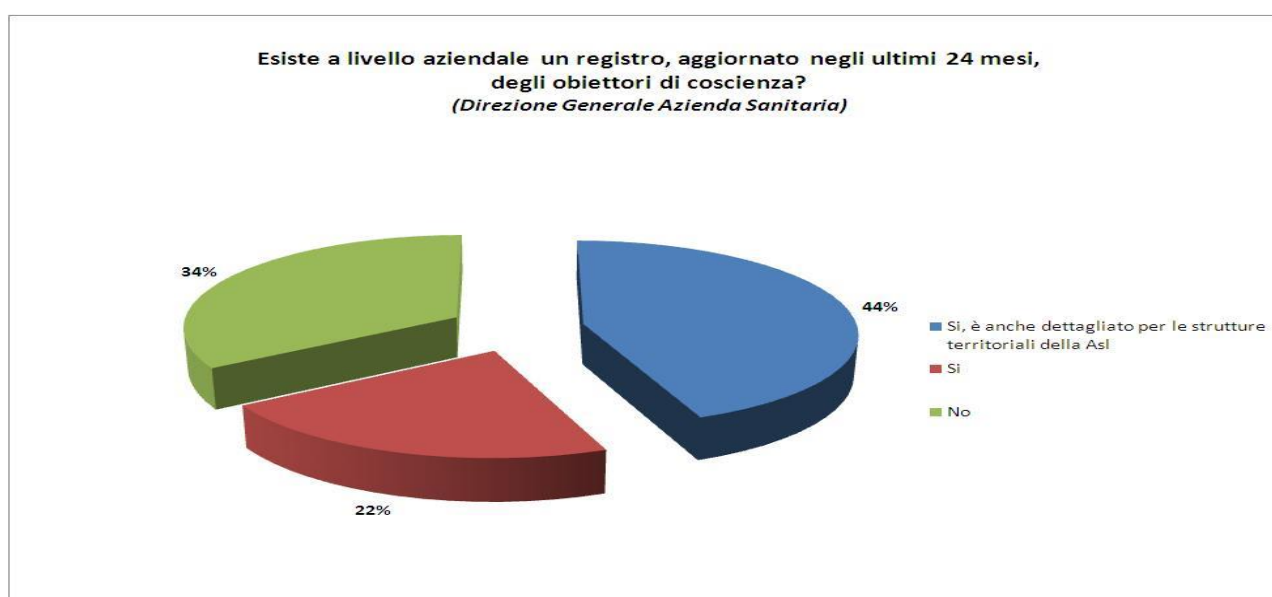


Fig. 8 – Cittadinanzattiva

3.2 Informazioni, diritti e scelta consapevole

Una delle principali criticità riscontrate sul fronte del riconoscimento dei diritti, nello specifico per le mamme migranti, riguarda le modalità di accesso alle informazioni, che siano tali, corrette, comprensibili e complete per far conoscere alle donne immigrate i propri diritti e per accompagnarle verso una scelta consapevole.

Una consapevolezza, dei propri diritti e delle proprie scelte, che troppo spesso risulta minata perché non esistono ancora strumenti efficaci per realizzare un percorso “senza ostacoli”.

Non esiste ancora una piena integrazione multiculturale: a livello nazionale mancano politiche ed azioni realmente efficaci in merito all'integrazione ed alla inclusione dei migranti e nel territorio nazionale mancano ancora strutture, servizi, spazi per un dialogo tra le culture per realizzare una vera e propria integrazione/inclusione dei nuovi cittadini.

Si percepisce ancora troppa diffidenza nel sviluppare politiche inerenti i diritti degli immigrati che possano abbattere questo tipo di barriere culturali, perché manca una cultura dell'altro e si tende a negare il riconoscimento di una identità culturale differente.

Non si può non considerare che una donna migrante si trova a partorire in un contesto che non corrisponde a quello che le è familiare, perché i messaggi culturali trasmessi da chi la circonda e l'assiste per lei risultano spesso indecifrabili e tutto il processo di trasmissione di informazioni viene segnato da una grande insicurezza.

Succede spesso che alcune donne provengano da paesi dove la gravidanza fisiologica è un evento talmente naturale per il quale non vengono previsti tutta una serie di esami e controlli medici presso le strutture sanitarie, quasi come se fosse una “malattia”.

Il personale sanitario spesso non è sufficientemente formato ad una buona accoglienza ed all'incontro con persone che vengono da altre culture; di conseguenza, si verifica una certa difficoltà a comprendere perché vengano, ad esempio, consigliati od eseguiti una serie di esami clinici o altri tipi di accertamenti o nel comprendere i suggerimenti od i consigli che provengono dal personale sanitario, che propone modalità di cure diverse rispetto a quelle programmate o proposte nel proprio Paese di origine. Spesso l'assimilazione di queste informazioni – non comprese – suscita smarrimento, ansia e paura, anche nei riguardi del neonato.

Tutte queste condizioni e la mancanza di informazioni che siano comprensibili non favoriscono un accesso facilitato e consapevole alle cure e non rappresentano di certo esperienze positive che incoraggiano l'utenza straniera.

Come abbiamo già avuto modo di sottolineare, una delle prime e principali difficoltà riguarda sicuramente la lingua: è stata svolta un'indagine per capire se esista nelle strutture monitorate del materiale informativo multilingue sui diritti di accesso e sulle modalità di accesso al Servizio sanitario nazionale per i cittadini stranieri.

Come rappresentato nella figura successiva (Figura 9), per quanto riguarda le Asl nel 60% dei casi esistono materiali specifici, ma mancano nel 40% delle strutture; per i Consultori, la metà delle strutture possiede materiale informativo (50%), l'altra metà non ne possiede (50%); per quanto riguarda i Punti Nascita purtroppo si deve appurare che nella maggior parte di essi (82%) non esiste né viene distribuito materiale informativo multilingue che possa essere di

aiuto e orientare le donne straniere in gravidanza.

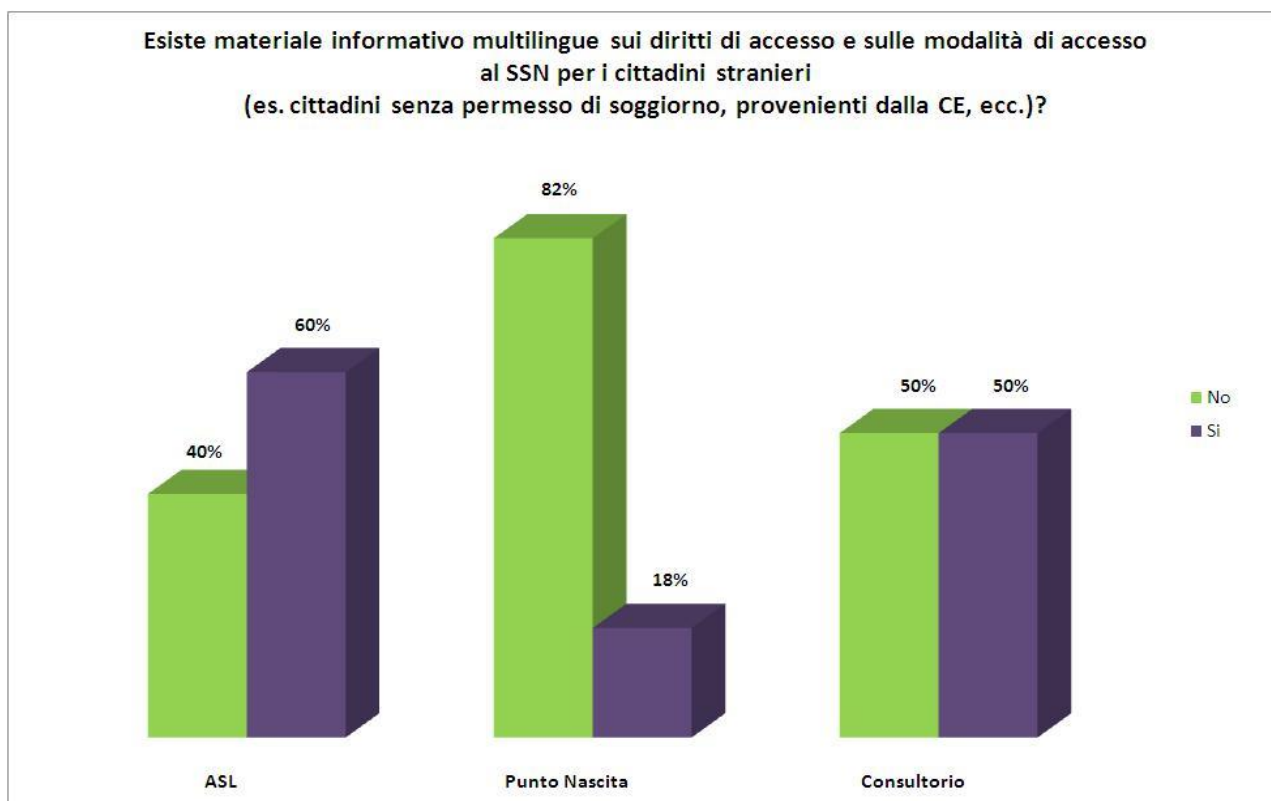


Fig. 9 - Cittadinanzattiva

Per quanto riguarda il materiale informativo (Fig. 10), all'interno dello stesso sono presenti informazioni prevalentemente relative all'iscrizione al Servizio sanitario nazionale (in tutti i Punti Nascita, nel 75% dei Consultori, 60% per le Asl); informazioni sui diritti di accesso ai servizi sanitari per le donne straniere per la tutela della maternità e del minore (40% per le Asl, 50% Punti Nascita e 75% per i Consultori); meno informazioni riguardano invece il diritto al permesso di soggiorno per le donne in gravidanza (75% Consultori, 50% Punti Nascita, 20% Asl).

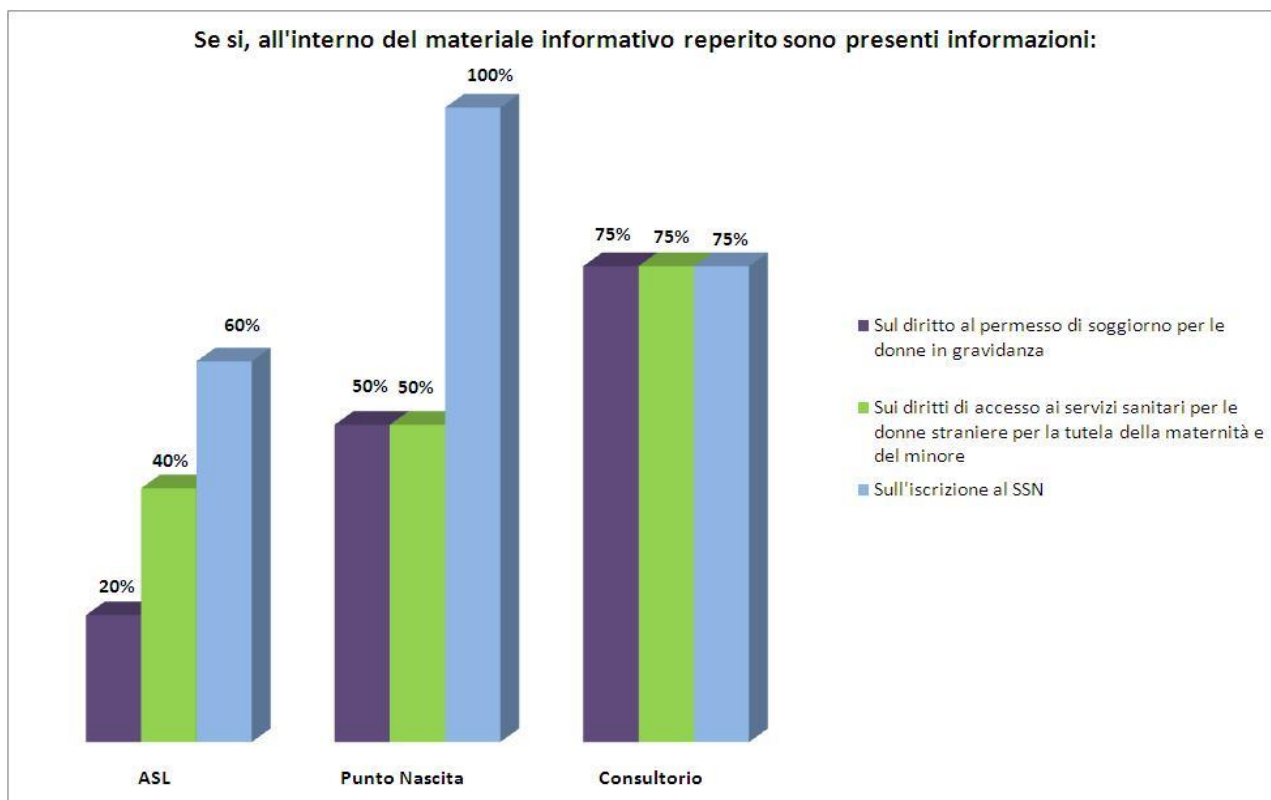


Fig. 10 - Cittadinanzattiva

Discorso a parte merita la *Carta dei Servizi*.

Si tratta di uno strumento adottato da tutte le Aziende sanitarie, nelle quali sono attivi dei Punti Nascita accreditati, per far conoscere le attività offerte ed i livelli di qualità garantiti all'utente, in particolare per gli aspetti che riguardano il miglioramento dell'assistenza, il diritto all'informazione, la tutela dei diritti e rappresenta un'opportunità per un cammino più consapevole e partecipato da parte di tutte le persone coinvolte nell'evento nascita per realizzare un percorso quanto più integrato e partecipato nell'ottica della continuità delle cure. La Carta rappresenta un vero e proprio patto con il cittadino ed illustra in modo trasparente e semplice i seguenti aspetti:

- la presentazione dell'Azienda sanitaria e dei suoi principi fondamentali;
- le informazioni sui servizi sanitari offerti, sulla modalità di accesso, sulla loro fruizione e sulla continuità delle cure;
- gli impegni che l'Azienda sanitaria ha assunto per garantire la qualità dei servizi, in particolare per quanto riguarda il rapporto con i cittadini;
- le procedure di tutela.

La *Carta dei Servizi sul Percorso nascita*, in conformità ai principi di qualità, sicurezza e appropriatezza, contiene nello specifico indicazioni riguardanti le informazioni generali sulla operatività dei servizi, sulle modalità assistenziali dell'intero percorso nascita, sulle modalità per favorire l'umanizzazione, sulla rete sanitaria ospedaliera-territoriale e sociale per il rientro al domicilio della madre e del neonato atta a favorire le dimissioni protette, il sostegno dell'allattamento al seno ed il supporto psicologico, qualora necessario.

Dalla figura che segue (Fig. 11) emerge chiaramente che il 90% delle Asl monitorate e il 64%

dei Punti Nascita risultano dotati di una Carta dei Servizi.

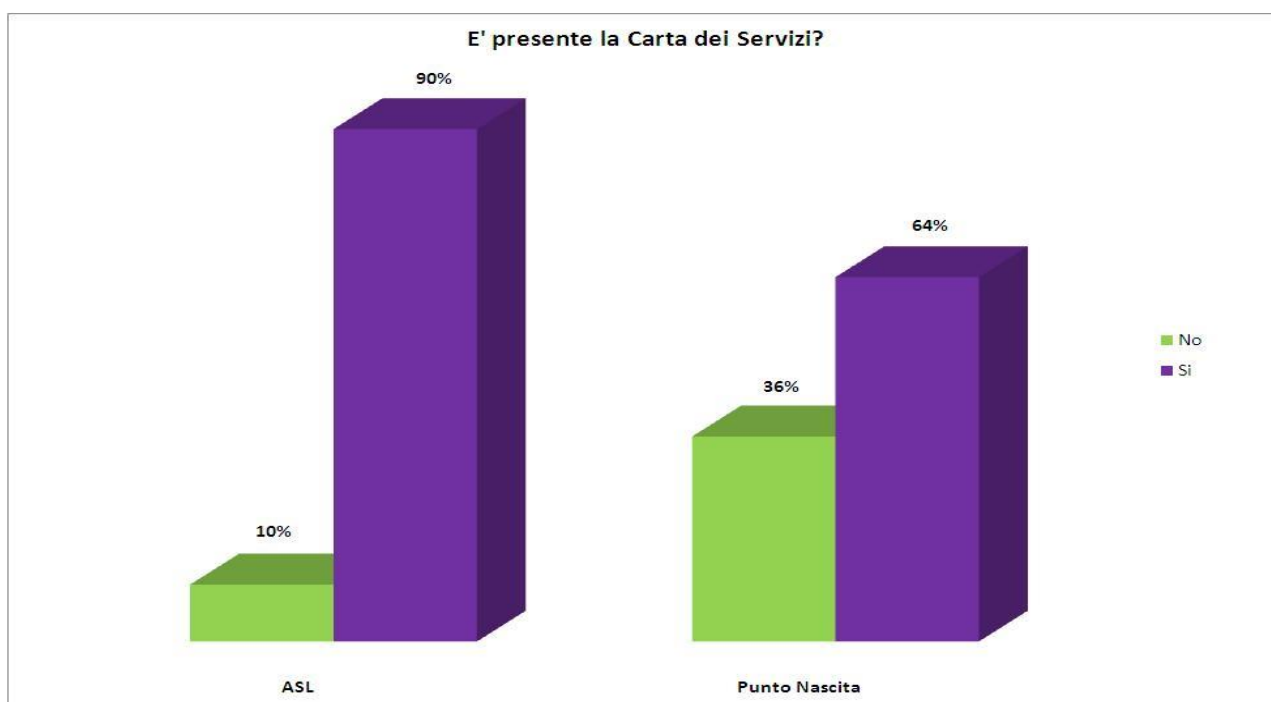


Fig. 11 - Cittadinanzattiva

La Carta dei Servizi è prevalentemente multilingue nelle Asl nel 33% dei casi o disponibile via web (13%); per quanto riguarda i Punti Nascita è allo stesso modo disponibile online e multilingue (29%).

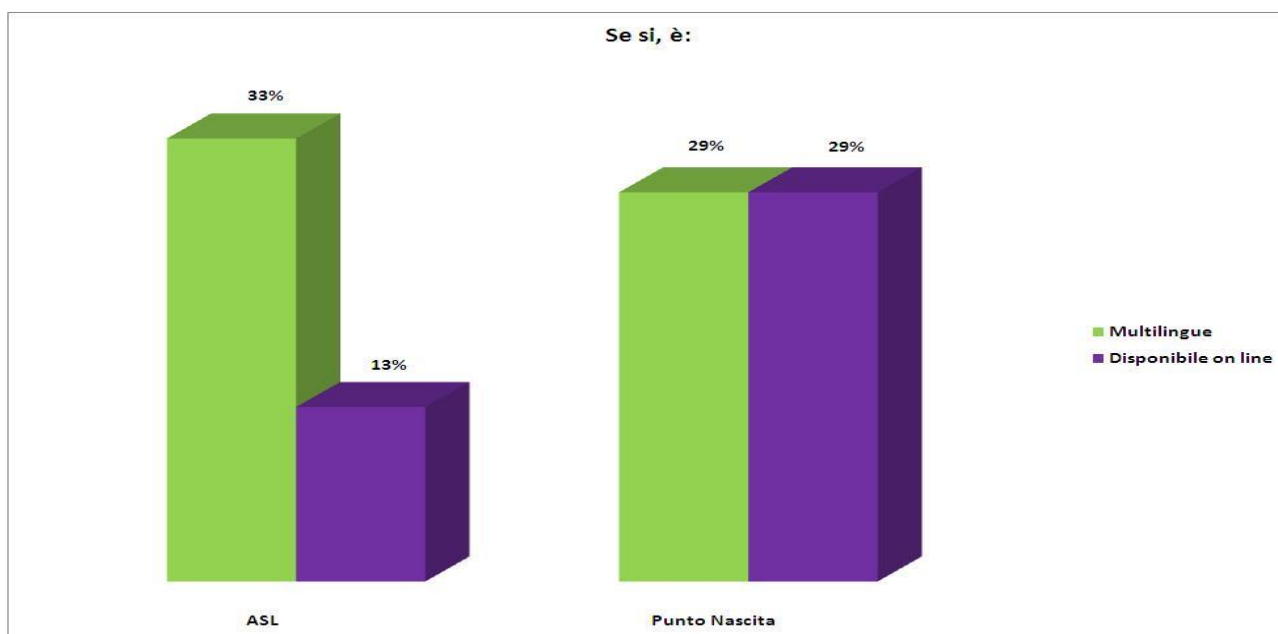


Fig. 12 - Cittadinanzattiva

Allo scopo di rendere più sicuro e al tempo stesso di “umanizzare” il percorso nascita, sono stati messi a punto alla fine della primo decennio degli anni 2000, una serie di Linee guida e di strumenti di indirizzo rivolti agli operatori sanitari e agli amministratori, ma anche alle

famiglie.

In particolare, alla fine del 2010, con l'accordo sancito dalla Conferenza Unificata Stato Regioni, è stata disposta la stesura e la divulgazione di un sistema di linee guida relative alla gravidanza fisiologica e alla riduzione del parto cesareo, delineando un percorso ideale della gravidanza, sia per quanto riguarda la pianificazione territoriale, sia per migliorare le modalità di assistenza e cura, sia infine per favorire la divulgazione dell'informazione per preparare, sostenere e rassicurare la donna e il suo partner durante i mesi che precedono il momento del parto e nel periodo immediatamente successivo.

Tra i dieci punti dell'accordo, alcuni risultano particolarmente indicativi di quello che si potrebbe definire un modello ideale del percorso alla luce di quattro obiettivi principali:

- umanizzare il percorso, riducendo, dove possibile, l'approccio medicalizzato e rafforzando invece aspetti come l'informazione, l'accoglienza, la riduzione del dolore e dello stress, l'accompagnamento dei neogenitori alla cura del bambino, con una particolare attenzione all'addestramento delle mamme all'allattamento al seno;
- rendere sicure le procedure diagnostiche e terapeutiche e il parto, tutelando la salute della mamma e del neonato, mettendo in sicurezza i Punti Nascita, razionalizzando le strutture di assistenza e rafforzando gli strumenti per fronteggiare le emergenze;
- favorire la continuità dell'assistenza e l'integrazione tra ospedale e territorio, con particolare riguardo al rafforzamento della rete dei Consultori familiari e dei servizi sociali per la presa in carico delle situazioni di maggiore fragilità;
- ridurre le disparità territoriali, a cominciare dal divario tra regioni del centro nord e regioni del sud.

Le Linee guida del 2010 relative alla Carta dei Servizi per il Percorso nascita⁴ in particolare prevedono di sviluppare, nell'ambito delle Aziende sanitarie in cui è attivo un Punto Nascita, una Carta dei Servizi specifica per il percorso nascita, in cui, in conformità ai principi di qualità, sicurezza e appropriatezza, siano contenute indicazioni riguardanti almeno:

- informazioni generali sulla operatività dei servizi;
- informazioni relative alle modalità assistenziali dell'intero percorso nascita;
- informazioni sulle modalità per favorire l'umanizzazione del percorso nascita;
- informazioni sulla rete sanitaria ospedaliera-territoriale e sociale per il rientro a domicilio della madre e del neonato atta a favorire le dimissioni protette, il sostegno dell'allattamento al seno ed il supporto psicologico.

E' interessante notare come presso i Consultori non venga distribuita la Carta dei Servizi multilingue redatta nella Azienda sanitaria di riferimento (Fig. 13): il dato è abbastanza preoccupante, soprattutto se si considera che il Consultorio rappresenta la struttura di prossimità, più vicina ai bisogni ed alle esigenze della famiglia, della coppia e, nello specifico, della donna che, se migrante, come ripetuto più volte in questo Report, vive già in una condizione di particolare fragilità e debolezza e necessita di un primo approccio che possa rispondere adeguatamente ai suoi bisogni ed indirizzarla adeguatamente lungo il percorso

⁴ "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo"
<http://www.statoregioni.it/dettaglioDoc.asp?idprov=9075&iddoc=30072&tipodoc=2>

assistenziale.

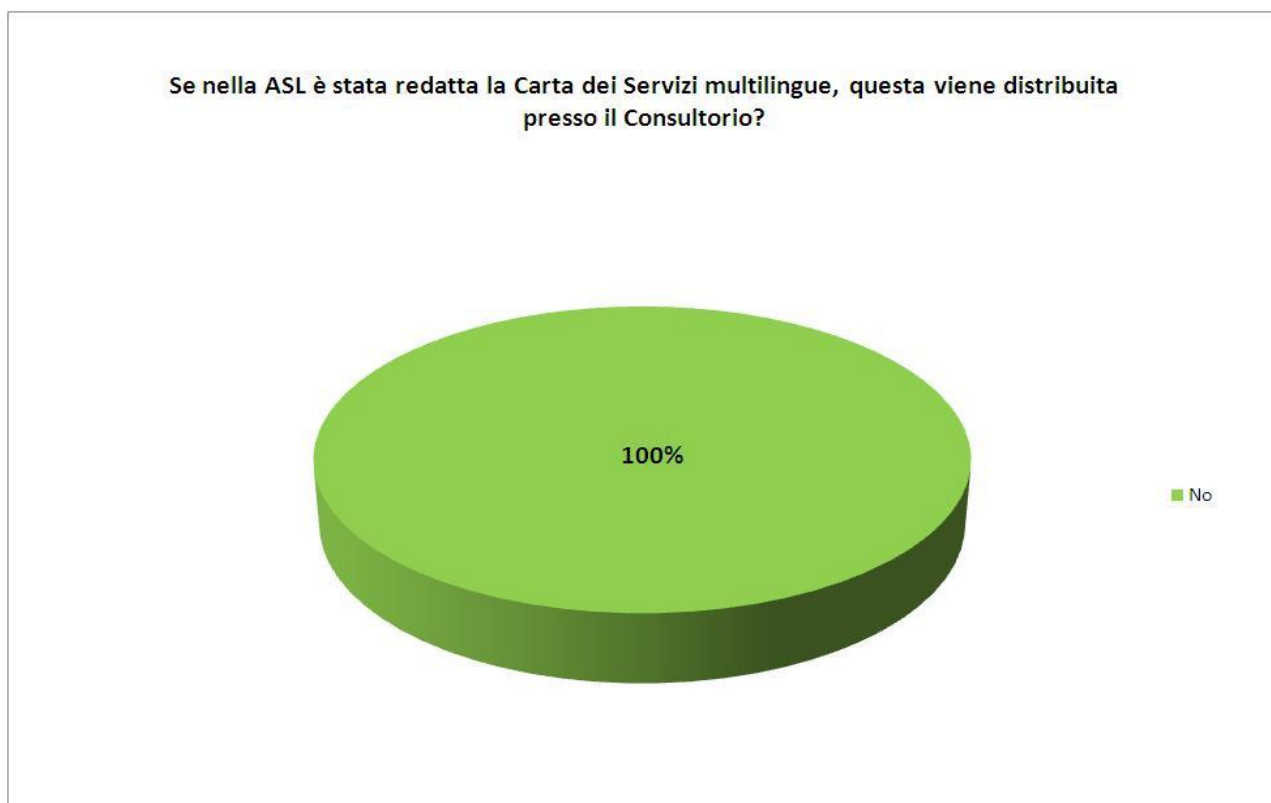


Fig. 13 – Cittadinanzattiva

Quello che si verifica, invece, corrisponde ad una grande frammentazione dei servizi della rete territoriale di assistenza, spesso a danno della qualità dell'assistenza.

Nella Figura 14 viene mostrata la grafica relativa alla presenza di una Carta dei Servizi specifica per il percorso nascita presso Asl e Punti Nascita: anche in questo caso il quadro generale non appare del tutto positivo poiché il 60% delle Asl ed il 55% dei Punti Nascita non si sono dotati di un documento specifico (quindi più della metà delle strutture coinvolte nel monitoraggio).

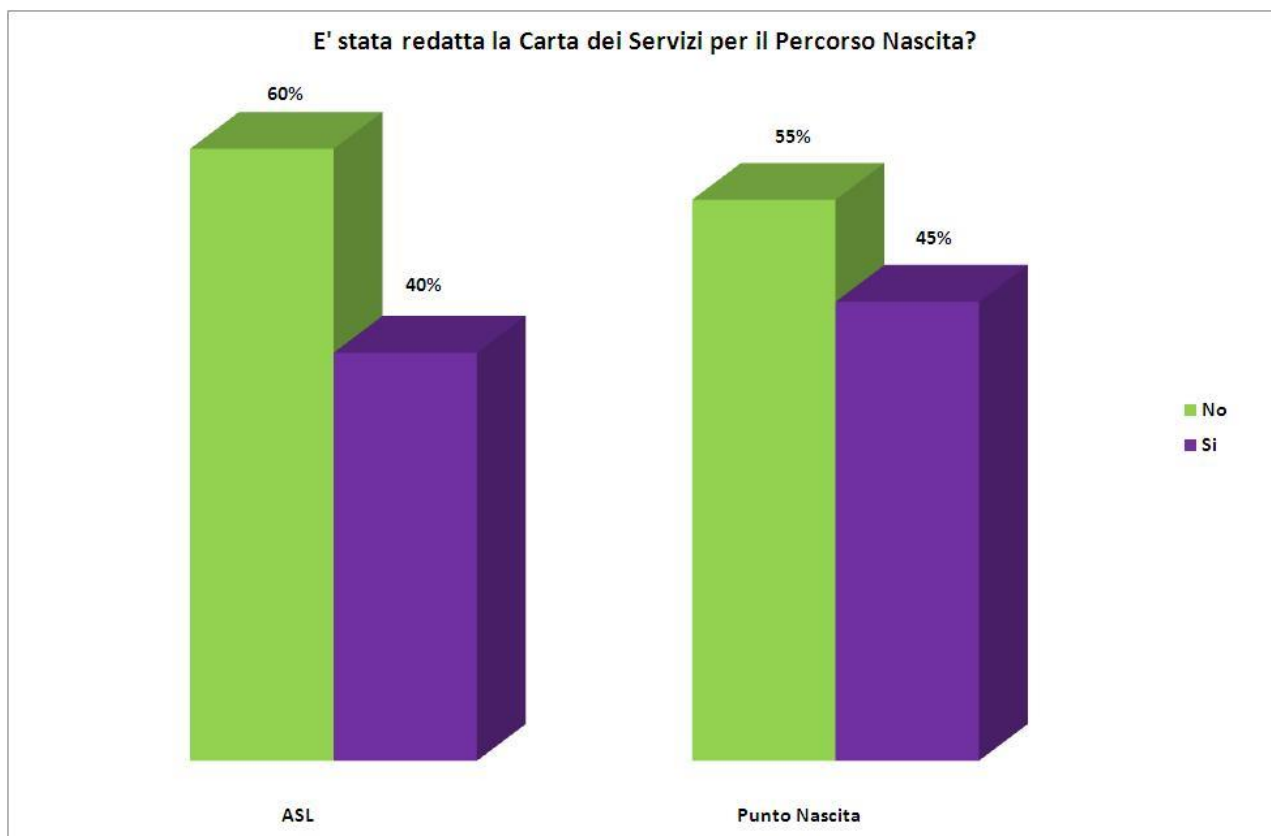


Fig. 14 - Cittadinanzattiva

Se redatta - come mostra il grafico di seguito - nel caso delle Asl è prevalentemente multilingue (25%), mentre per i Punti Nascita, oltre ad essere un documento nella maggior parte dei casi multilingue (40%), è disponibile anche online (20%).

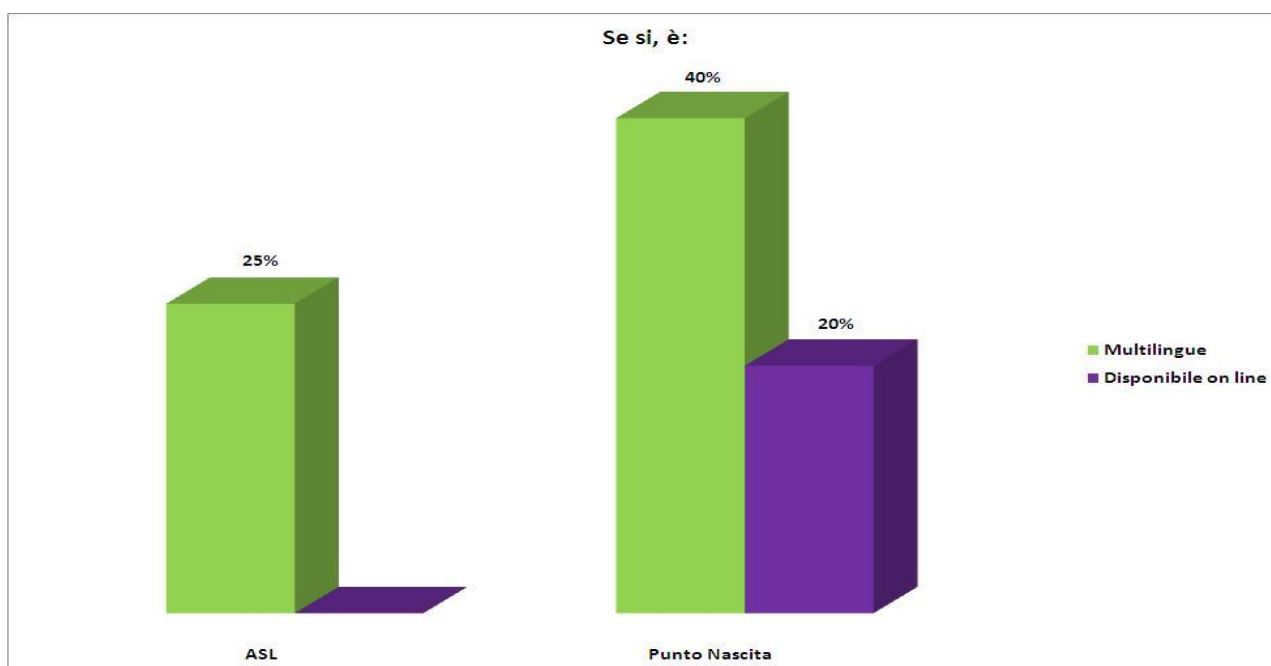


Fig. 15 - Cittadinanzattiva

Un'altra problematica che emerge dal monitoraggio effettuato e che riguarda la messa in rete e

condivisione delle informazioni è l'alta percentuale negativa che si registra in ordine alla distribuzione della Carta dei Servizi multilingue per il percorso nascita alle utenti del Consultorio: prevalentemente non viene distribuita (94%), sintomo evidente di una mancanza di raccordo tra rete territoriale e rete ospedaliera (Fig. 16).

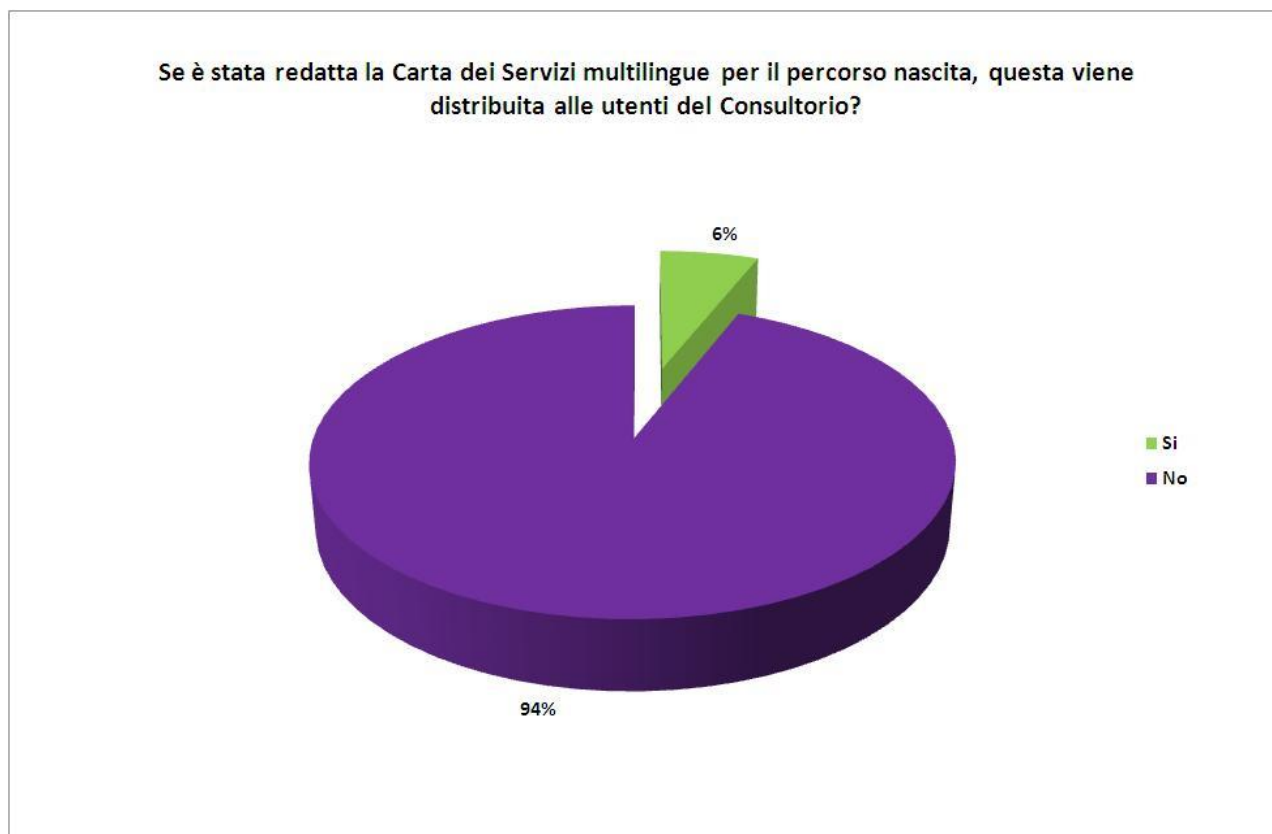


Fig. 16 - Cittadinanzattiva

La gravidanza è un evento talmente unico per ogni donna/coppia che dovrebbe essere vissuto in serenità e tranquillità e spesso risulta difficile orientarsi fra i diversi e numerosi servizi disponibili, perché non si sa a chi rivolgersi e quando, in special modo quando si è cittadini stranieri. E' per aiutare e agevolare le donne in gravidanza che nasce la Carta dei Servizi del Percorso Nascita, uno strumento per informare in merito ai diversi servizi presenti sul territorio: il fatto che nelle strutture consultoriali non venga distribuita, seppure redatta, ci mostra un chiaro scollegamento tra due realtà assistenziali che, al contrario, dovrebbero fare rete.

Come si può notare nella Figura 17, il bilancio è negativo anche per quanto riguarda la presenza di vasto materiale informativo (brochure, depliant multilingue, opuscoli informativi, etc.) sui servizi dedicati al percorso nascita (percorso che inizia dalla prima gravidanza, già nella fase preconcezionale fino al post parto/puerperio) e sui relativi orari di apertura: oltre la metà delle strutture monitorate ha risposto negativamente (60% Asl, 64% Punti Nascita, 69% Consultori).

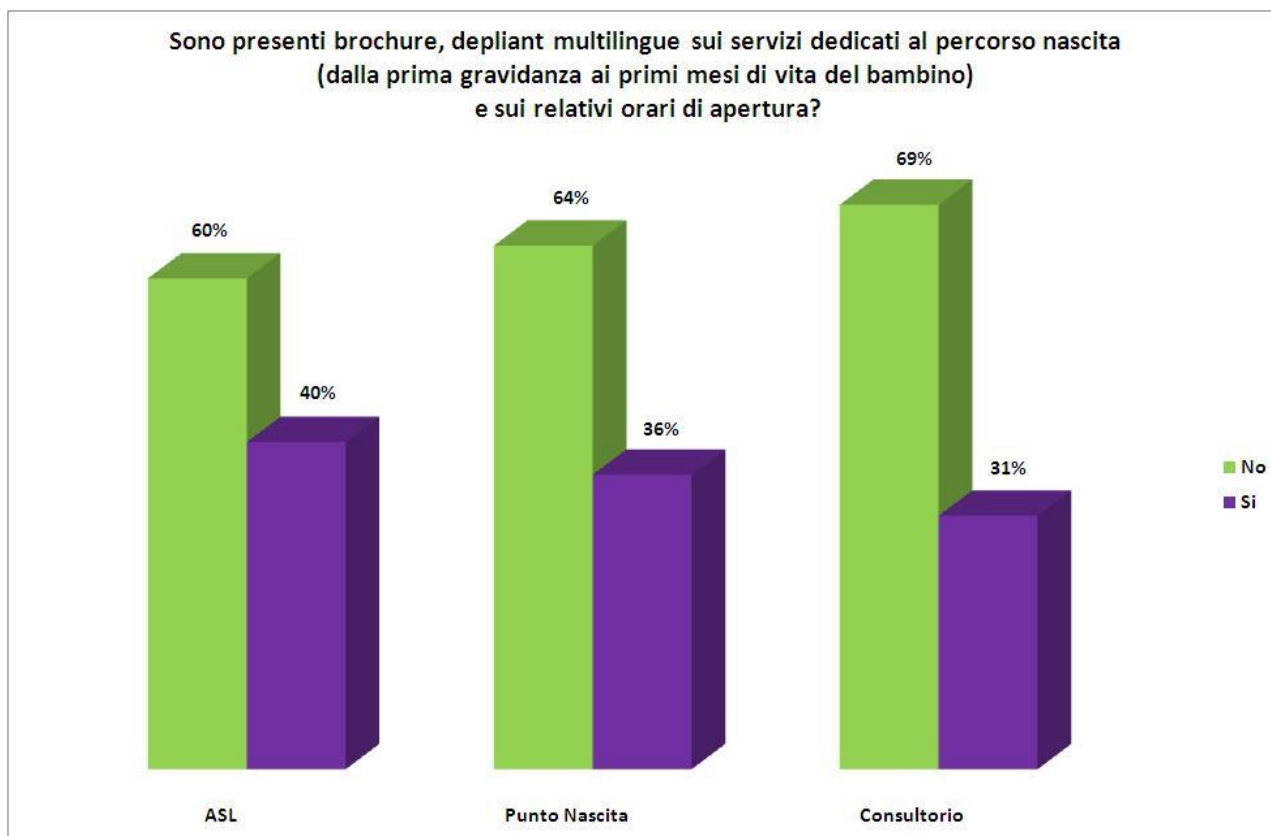


Fig. 17 - Cittadinanzattiva

Come mostrato nella Figura 18, se presenti e facilmente disponibili, i materiali informativi multilingue raccolgono prevalentemente informazioni:

- per i Punti Nascita su contraccezione (36%), fasi della gravidanza (27%), alimentazione in gravidanza, iscrizione al SSN, permesso di soggiorno in gravidanza e diritto all'assistenza ed al parto gratuito in Italia anche in caso di assenza di permesso di soggiorno (18%);
- per i Consultori prevalentemente su iscrizione al SSN, parto in anonimato e sul percorso diagnostico da effettuare (38%); in second'ordine sul diritto all'assistenza ed al parto gratuito in Italia anche in caso di assenza di permesso di soggiorno e vaccinazioni (31%), fasi della gravidanza e contraccezione (25%).

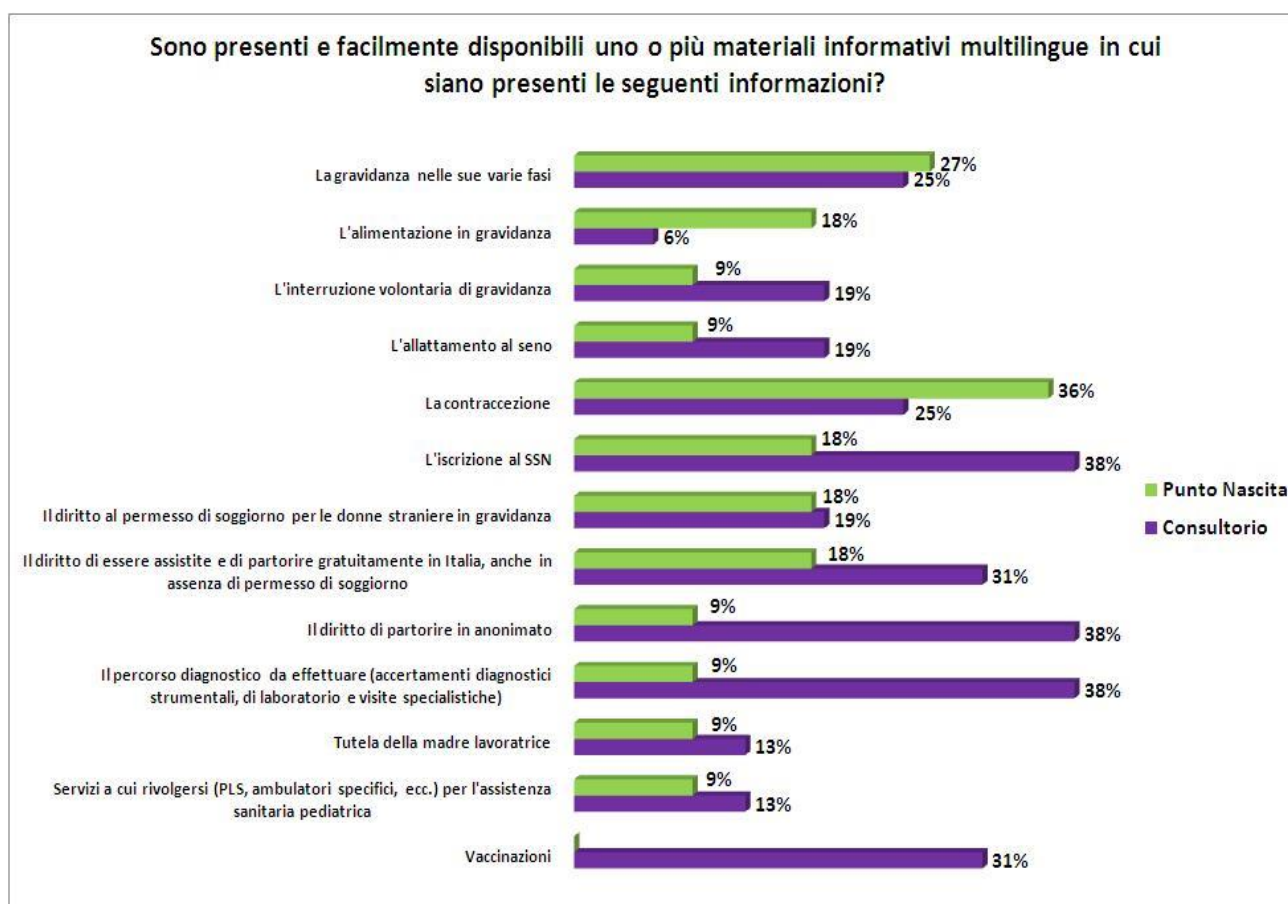


Fig. 18 - Cittadinanzattiva

Per quanto riguarda il consenso informato, ovvero sia l'autorizzazione del paziente a ricevere un qualunque trattamento sanitario previa la necessaria informazione sul caso da parte del personale sanitario proponente, nella maggior parte dei casi (Figura 19) nelle strutture non è presente una procedura operativa aziendale scritta sulla conduzione del consenso informato per gli utenti di diversa etnia (70% Asl, 73% Punto Nascita, 94% Consultorio).

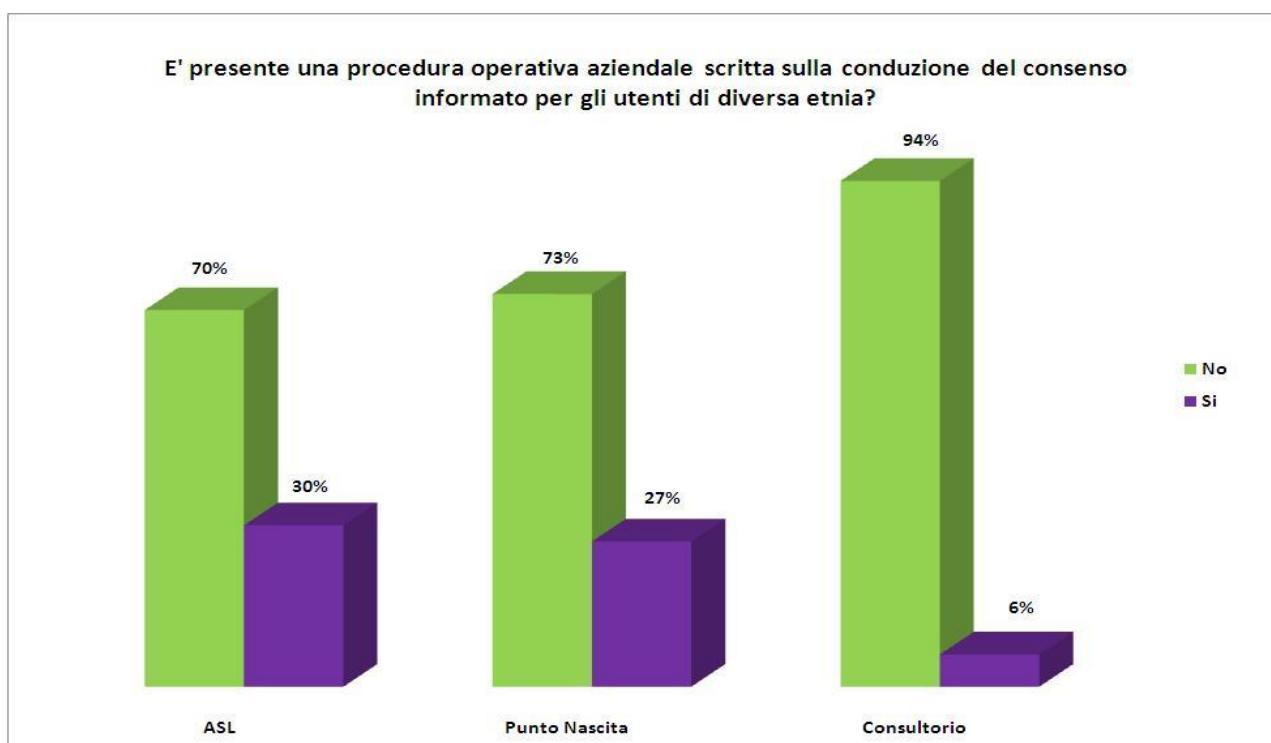


Fig. 19 - Cittadinanzattiva

Se presente, nella procedura viene prevista la presenza di un mediatore culturale (laddove consentito e necessario), al fine di acquisire il consenso all'atto medico in piena consapevolezza: questo accade in tutte le strutture monitorate (Figura 20).

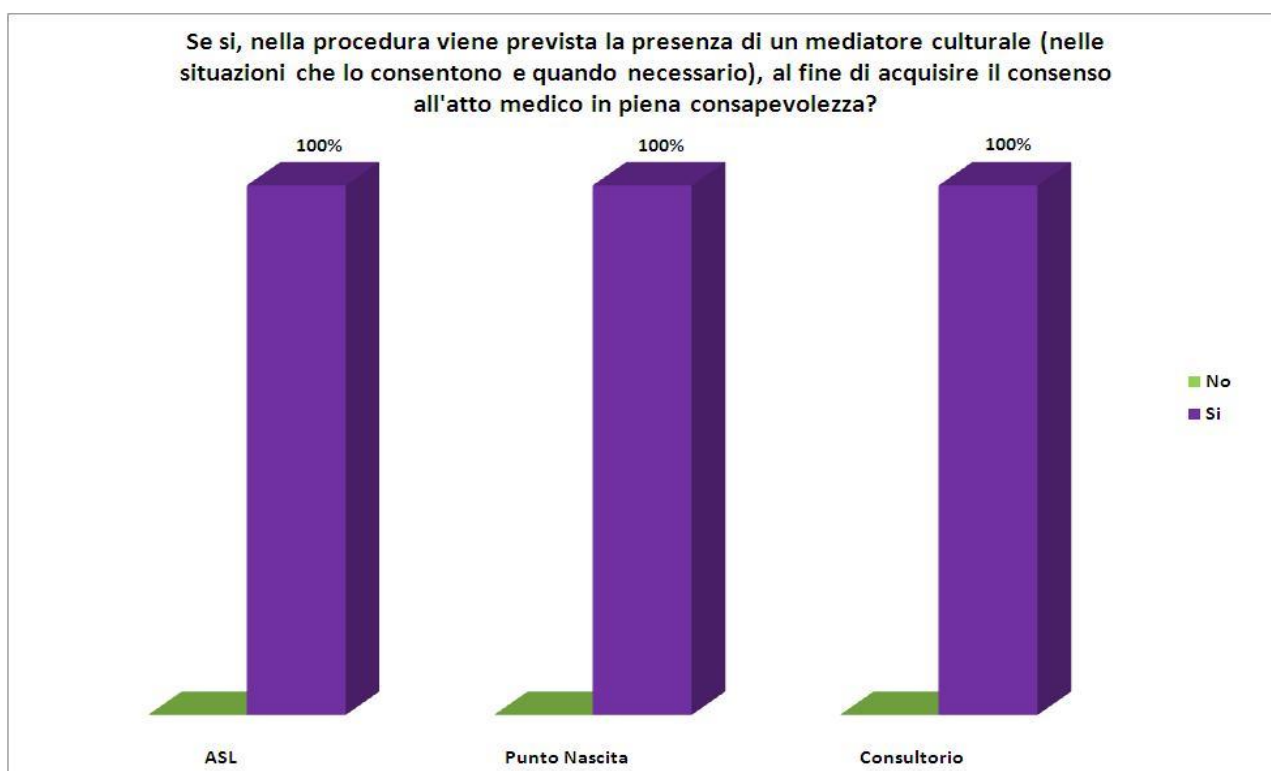


Fig. 20 - Cittadinanzattiva

Per quanto riguarda invece la presenza di moduli scritti per il consenso informato multilingue, questi

riguardano prevalentemente esami diagnostici invasivi (soprattutto nei Consultori con il 12%), parto in analgesia peridurale, parto cesareo, altro (Fig. 21).

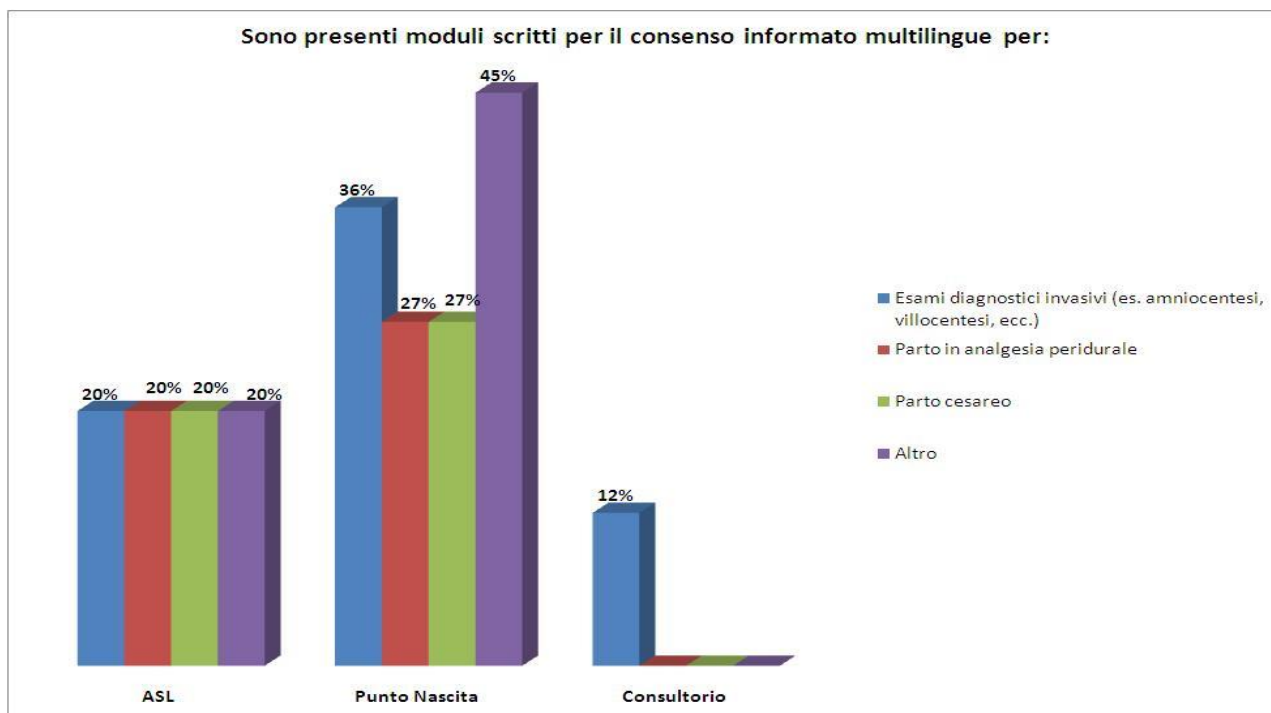


Fig. 21 - Cittadinanzattiva

3.3 Rispetto delle specificità etniche e culturali

Un'altra questione cruciale che caratterizza l'accesso ai servizi da parte delle donne immigrate riguarda il rispetto delle proprie specificità etniche e culturali.

Questo significa operare perseguendo l'integrazione, rispettando la cultura delle persone straniere, proponendo e realizzando modalità di accoglienza, orientamento ed assistenza ai cittadini, con particolare riferimento agli aspetti relazionali e alle differenze culturali e confessionali, che rappresentano le fondamenta di una cultura dell'umanizzazione delle cure e dell'assistenza.

La necessità di rendere gli interventi più attenti ai contenuti psicologici, culturali, spirituali e religiosi del paziente e dei suoi familiari rappresenta un tema sempre più sentito e attuale nel dibattito nazionale.

Tale dibattito è sempre più arricchito di aspetti e di interrogativi, per la presenza di un numero in continua crescita di cittadini e di famiglie migranti nella società italiana, per questo motivo oramai definibile come multiculturale e pluri-religiosa.

La scelta ufficiale dell'adozione di un modello interculturale rende ancora più cogente la questione dell'accoglienza e della cura dei pazienti migranti nelle strutture sanitarie, facendo emergere la necessità d'individuare modalità d'interventi caratterizzati e definiti secondo un approccio non solo umanitario ma anche e soprattutto interculturale e spirituale.

La presenza di milioni di migranti su tutto il territorio nazionale deve agire da stimolo per le

Istituzioni e gli Enti pubblici nel perseguire e promuovere nel settore sanitario (ma non solo) il benessere non solo fisico dei cittadini, ma altresì nel costruire le condizioni per l'uguaglianza di opportunità, con l'assunzione delle responsabilità per il rispetto delle leggi e dei diritti di ciascun cittadino, senza distinzioni.

Proprio nel rispetto delle peculiarità etniche e culturali, è stato chiesto se all'interno della Asl siano presenti procedure scritte o particolari protocolli che prevedano la possibilità di scegliere, ad esempio, un medico donna per le visite specialistiche o se sia possibile personalizzare i menù sulla base delle proprie convinzioni religiose: in questi casi - come mostrato nella tabella seguente - solo nel 10% delle strutture le donne straniere hanno la possibilità di scegliere un medico di sesso femminile, mentre per quanto riguarda il cibo, nel 50% dei casi è assicurata la possibilità sulla scelta del menù nel rispetto della propria religione (come accade, ad esempio, per le donne islamiche).

Per quanto riguarda l'esistenza di corsi di formazione per il personale sanitario e amministrativo (come URP, Uffici informazioni, etc.) per l'accoglienza delle persone immigrate - per avere quindi strumenti e conoscenze adeguate - negli ultimi 24 mesi nel 60% delle Asl sono stati realizzati tali corsi. Nello specifico, nell'80% dei casi ne sono stati realizzati due, mentre nel restante 20% solo uno; il numero medio di operatori coinvolti è di circa 70 unità, con un minimo di 30 ed un massimo di 100.

Nel 40% delle strutture negli ultimi due anni sono stati realizzati anche corsi per formare il personale sanitario ed amministrativo in materia di violenza di genere, al fine di individuare e far emergere casi di violenza (di tipo fisico, sessuale, gravidanza derivante da violenza, etc..) e fornire sostegno ed orientamento alle donne.

Direzione Generale Azienda Sanitaria	%
E' presente procedura scritta/protocollo che prevede la possibilità di scegliere un medico donna per le visite specialistiche di ostetricia-ginecologia	10%
E' presente procedura scritta/protocollo che prevede la possibilità di personalizzare i menù sulla base delle convinzioni religiose (es. menù islamico)	50%
Negli ultimi 24 mesi sono stati realizzati corsi di formazione al personale sanitario e amministrativo ⁵ (Urp, uffici informazioni, ecc.) per l'accoglienza delle persone migranti?	60%
Negli ultimi 24 mesi sono stati realizzati corsi per formare il personale sanitario e amministrativo in materia di violenza di genere, al fine di individuare e far emergere casi di violenza (fisiche, sessuali, gravidanza derivante da violenza, ecc.) e fornire sostegno ed orientamento alla donna?	40%

Tab. 3 - Cittadinanzattiva

Di seguito, una tabella riassuntiva delle principali attività di formazione effettuate:

⁵ Nell'80% dei casi ne sono stati fatti 2 e nel restante 20% solo uno. Il numero medio di operatori coinvolti è circa 70 con un minimo di 30 ed un massimo di 100.

Descrizione delle principali attività di formazione effettuate

Diagnosi precoce e assistenza delle condizioni di maltrattamento e abuso dei minori.

Gruppo di lavoro formato da operatori di enti pubblici e privati che hanno formalizzato una serie di buone prassi da attuare a sostegno delle donne vittime di violenza.

Corsi formativi e protocolli da attuare nei casi di abuso e di violenza.

Tab. 4 - Cittadinanzattiva

Per quanto riguarda invece Punti Nascita e Consultori in ordine alla realizzazione di corsi di formazione in particolare sulla violenza di genere, nella maggior parte dei casi (73% Punti Nascita e 81% Consultori), purtroppo, negli ultimi due anni non sono stati svolti.

La percentuale positiva si mantiene molto bassa e ciò rappresenta una vera criticità perché sempre più spesso assistiamo a storie di donne vittime di violenza e per questo in una condizione di particolare vulnerabilità. Questa condizione richiederebbe una formazione specifica per operatori e personale sanitario per avviare parallelamente un processo di sensibilizzazione e prevenzione della violenza di genere - al fine di individuare e far emergere casi di violenze - e la predisposizione di strumenti adatti ad affrontare simili situazioni per cercare di fornire sostegno e orientamento: una risposta deguata ai bisogni di queste donne.

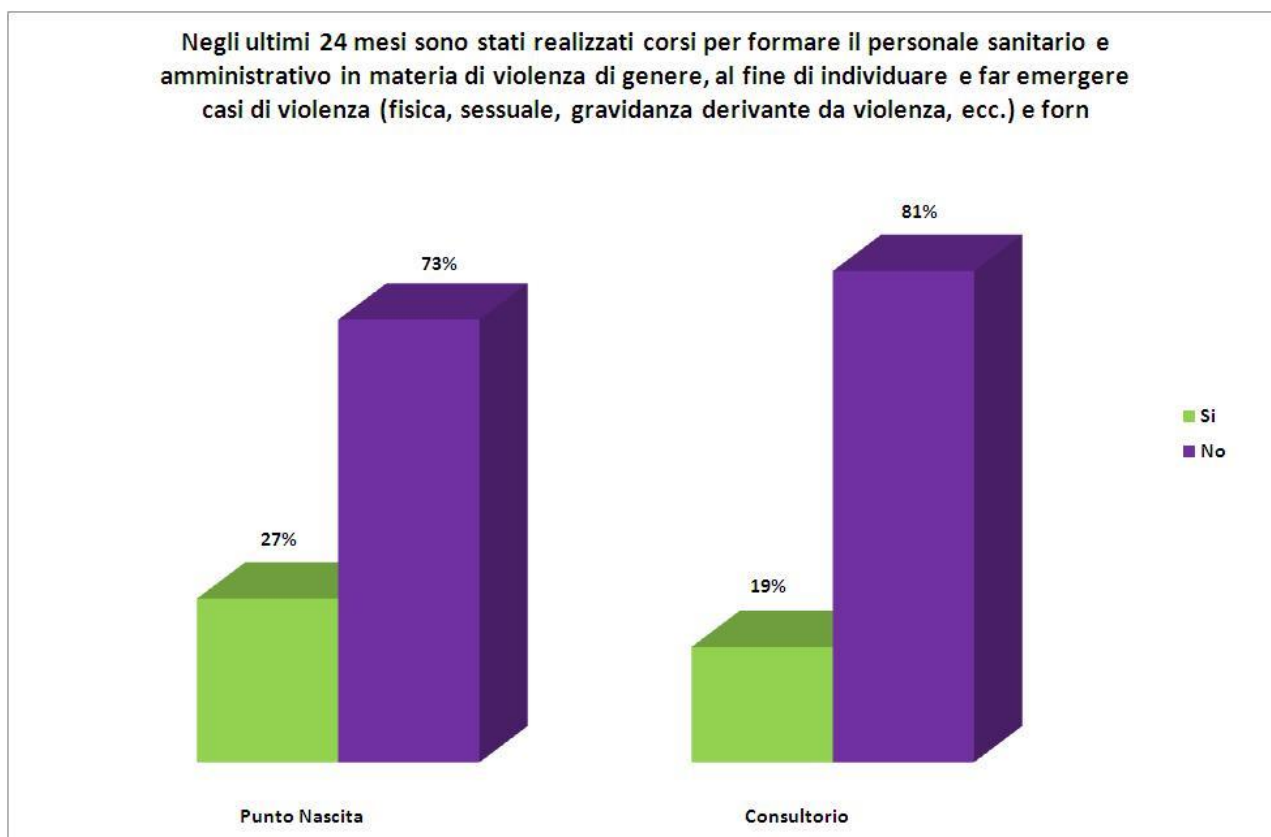


Fig. 22 - Cittadinanzattiva

Di seguito, la tabella (Tab. 5) riassume le principali attività di formazione effettuate sia nei

Punti Nascita che nei Consultori monitorati.

Descrizione delle attività di formazione effettuate	Punto Nascita	Consutorio
È stata codificata una procedura interaziendale per seguire i casi di violenza e sono state individuate figure di riferimento all'interno del personale sanitario. La formazione su questi aspetti viene svolta ciclicamente.	X	
Corso ministeriale (Ministero Pari opportunità) tramite il servizio SVS-SVD Policlinico.	X	
Siamo sede di SVS (Servizio di Violenza Sessuale); SVD (Servizio di Violenza Domestica); SBAM (Servizi per Bambini Maltrattati) e facciamo corsi per operatori di altri ospedali.	X	
Svolgimento di un corso interattivo rivolto al personale sanitario.		X
Progetto Giada (Gruppo Interdisciplinare di Assistenza Donne e bambini Abusati). Progetto Comunale RI/AMA (realizzato un centro specialistico per la prevenzione ed il contrasto alla violenza sulle donne e sui minori).		X
Periodici incontri di équipe volti alla sensibilizzazione al tema e alla rilevazione di indicatori.		X

Tab. 5 - Cittadinanzattiva

Per quanto riguarda la scelta del menù (Fig. 23) in base alle proprie convinzioni religiose, nei Punti Nascita nel 36% dei casi si cerca di assicurare il rispetto di questo tipo di convinzioni; nel 36% dei casi non è previsto; nel 28% dei casi esiste una procedura scritta che lo prevede e regola.

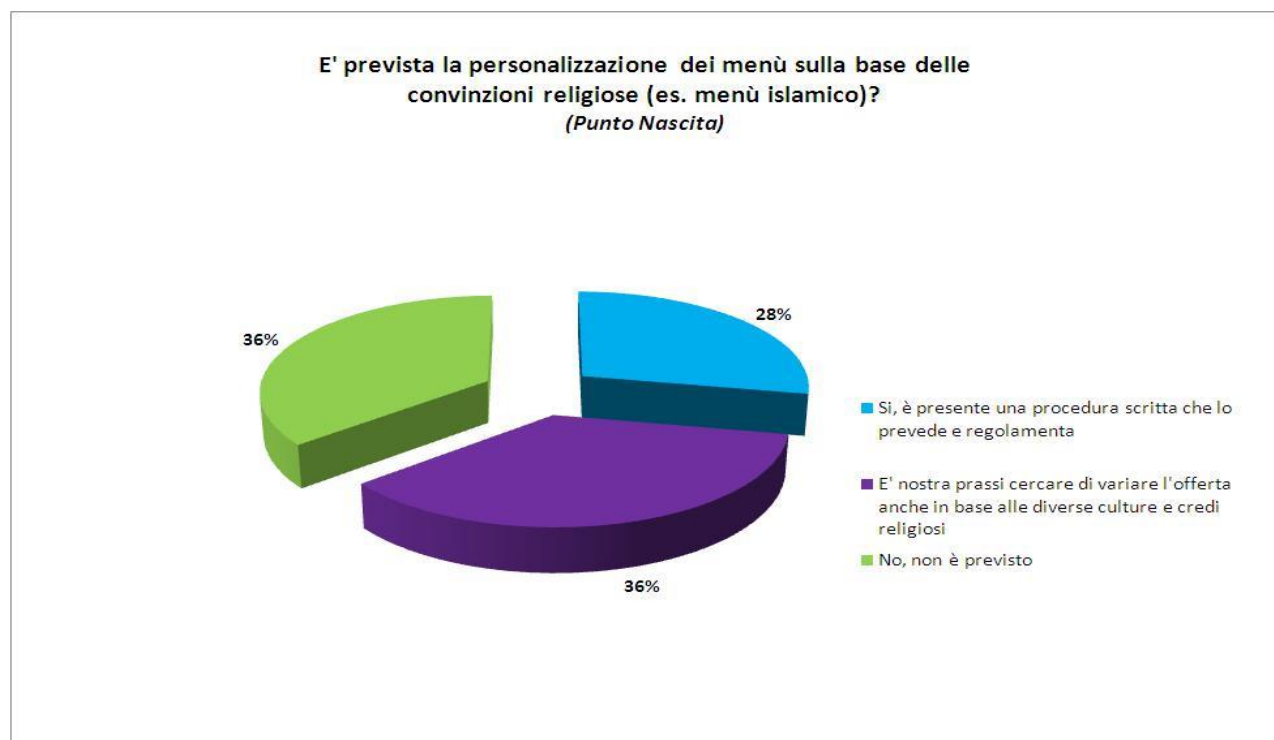


Fig. 23 – Cittadinanzattiva

Per quanto riguarda la possibilità di usufruire dell'assistenza di un interprete che sia disponibile già all'interno della struttura stessa o da poter chiamare, per quanto riguarda i Punti Nascita (Fig. 24), nel 36% dei casi l'assistenza non viene garantita, nel 36% è invece prevista la disponibilità di un interprete nella struttura sanitaria o a chiamata, nel 18% l'assistenza viene invece garantita e realizzata in collaborazione con associazioni, cooperative ed altre realtà; infine nel 10% dei casi tale assistenza è stata affidata in maniera formale ad operatori preposti ad altre funzioni (come mediatori culturali, operatori socio-sanitari, etc.).

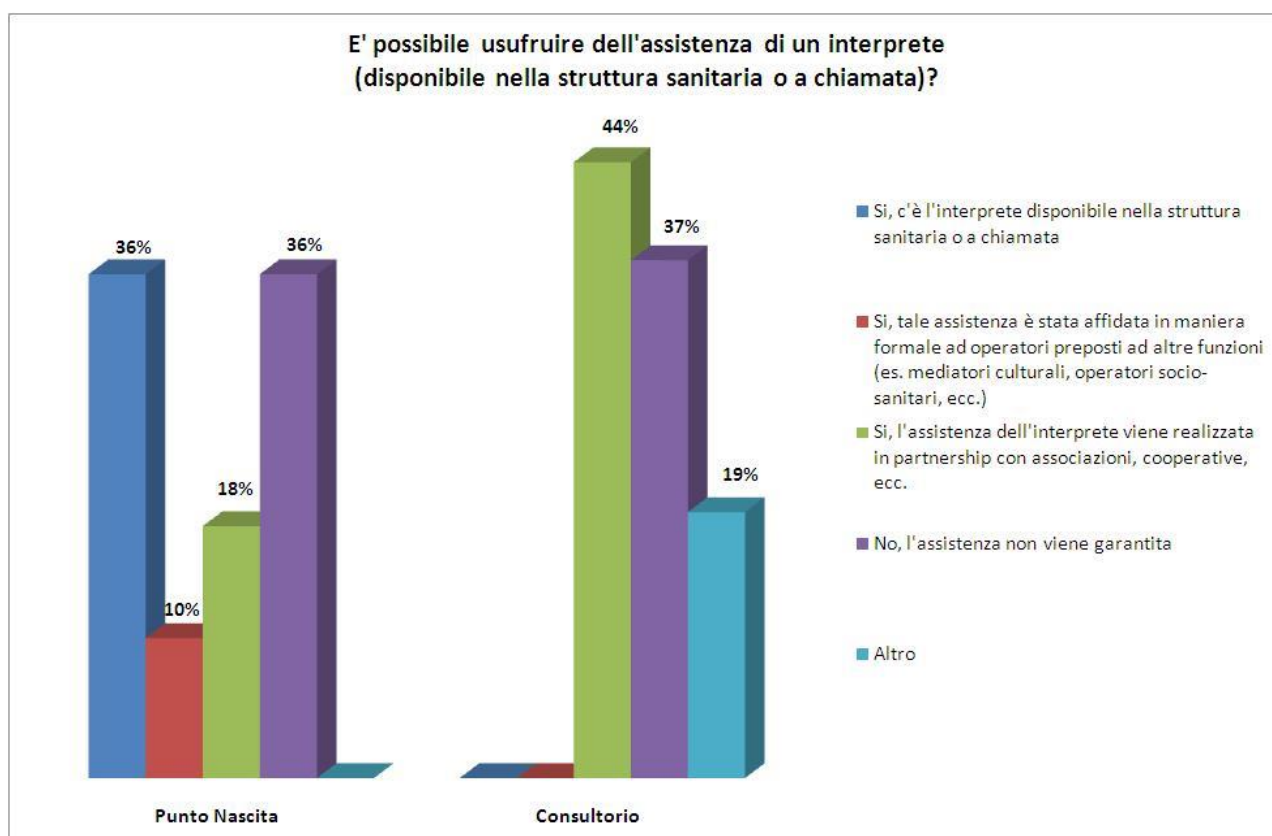


Fig. 24 - Cittadinanzattiva

Per quanto riguarda i Consultori, nella maggior parte delle strutture monitorate (44%) viene offerta questa possibilità e l'assistenza dell'interprete viene realizzata in partnership con associazioni, cooperative ed altre realtà; nel 37% dei casi non viene garantita.

Per quanto riguarda la presenza di un mediatore culturale all'interno delle strutture (Fig. 25), nel 55% dei Punti Nascita monitorati è prevista per tutte le tappe del percorso nascita, nel 27% dei casi sono le stesse operatrici sanitarie/ infermiere/ostetriche a fare da mediatrici, mentre nel 18% dei casi non è prevista tale presenza.

Per i Consultori, prevalentemente (32%) la presenza di un mediatore culturale viene prevista solo se è richiesto dalla donna; nel 31% dei casi sono le stesse operatrici sanitarie e/o il personale medico a svolgere questa funzione; nel 25% la presenza non è prevista, mentre nei casi meno frequenti la struttura prevede un accompagnamento da parte di un mediatore lungo tutto il percorso nascita (6%) o solo per alcune tappe dello stesso (6%).

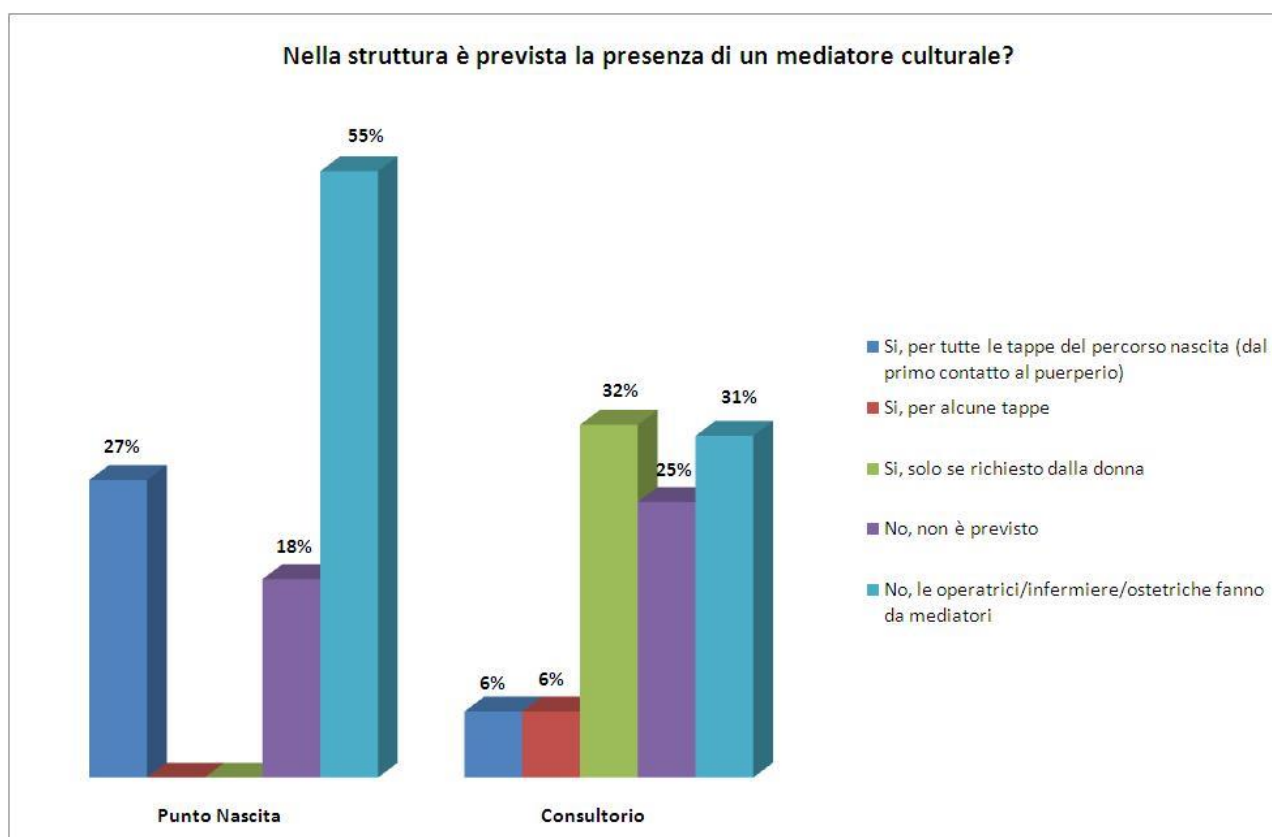


Fig. 25 - Cittadinanzattiva

Nel 73% dei casi, per quanto riguarda i Punti Nascita (Fig. 26), è inoltre possibile scegliere di effettuare le visite specialistiche di ostetricia e ginecologia con un medico di sesso femminile, al momento della prenotazione della prestazione: questa procedura viene ammessa, tuttavia, senza alcuna formalizzazione ufficiale, ma si tratta di una prassi ammessa allo scopo di soddisfare particolari esigenze. Nel 18% dei casi è una procedura non prevista; nel restante 9% è invece una procedura formalizzata per iscritto e regolamentata.

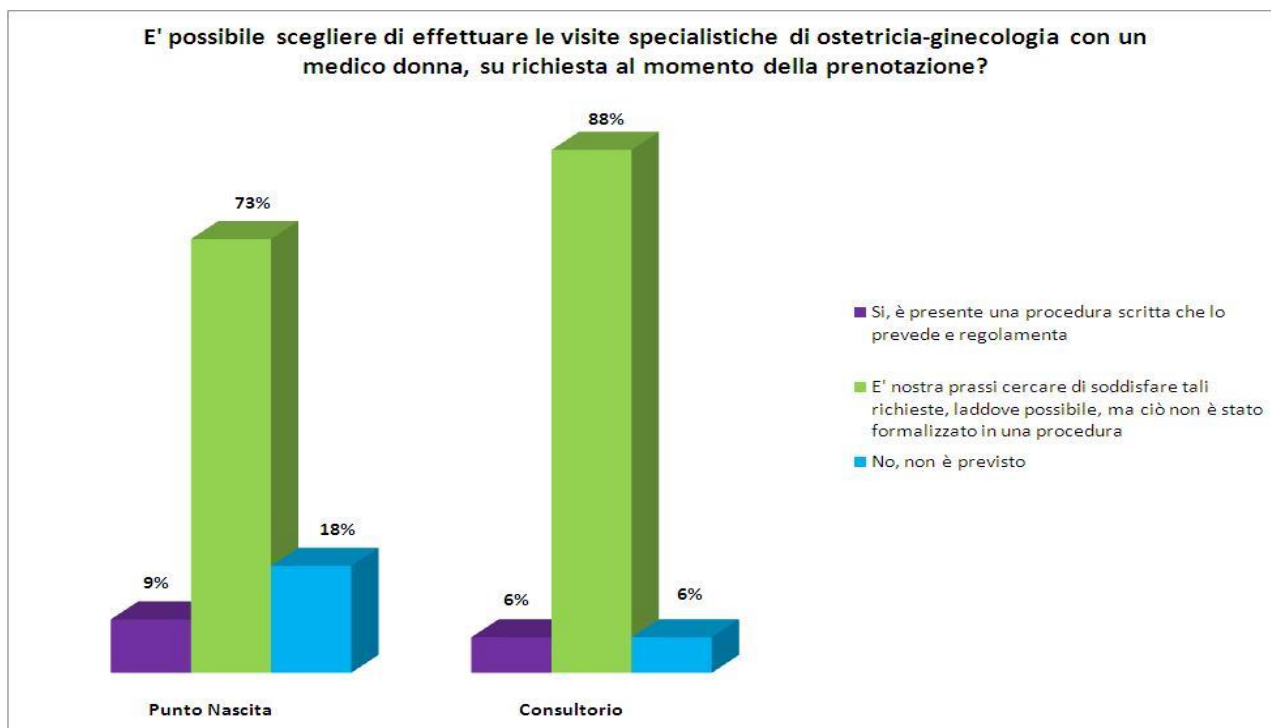


Fig. 26 - Cittadinanzattiva

Anche per la maggior parte dei Consultori (88%) si tratta di una prassi non formalizzata ed ufficializzata; negli altri casi, in minime percentuali (6%), non è prevista o prevista ufficialmente.

E' inoltre prevista una procedura atta a garantire, su richiesta, visite ginecologiche, ecografie, monitoraggi cardiotocografici con gli stessi medici/professionisti/equipe al momento del parto.

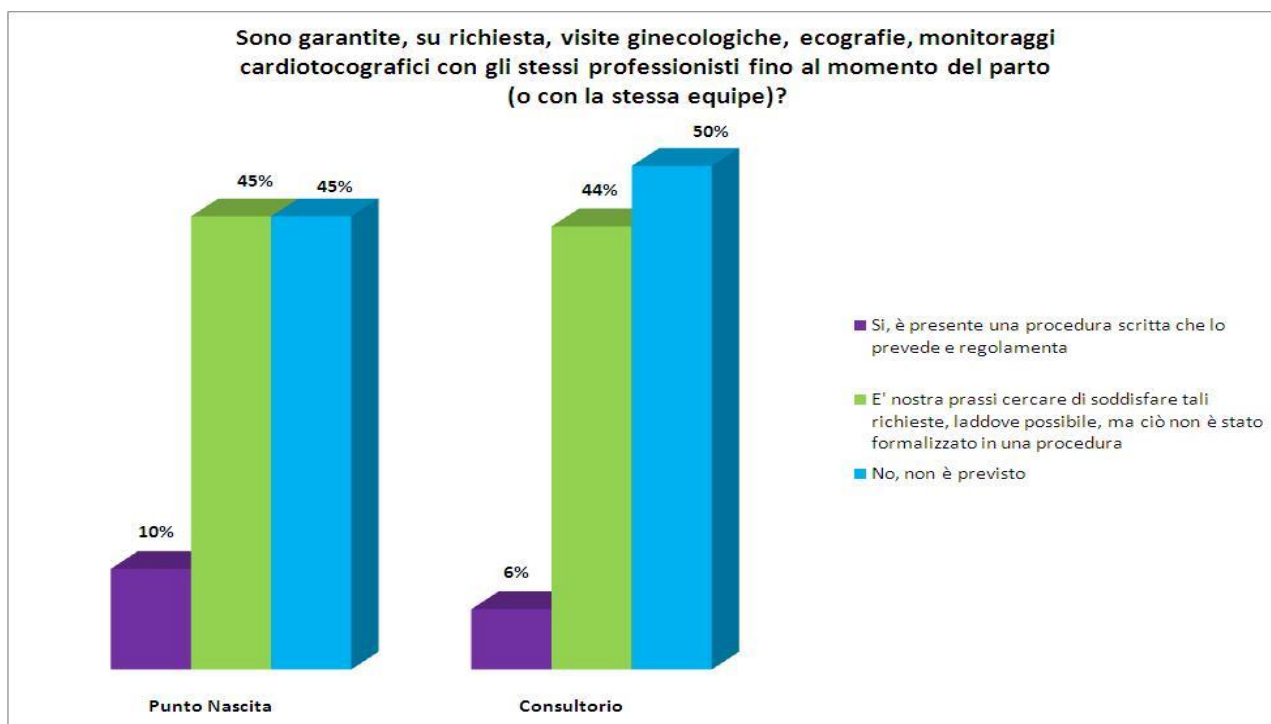


Fig. 27 - Cittadinanzattiva

Come visibile nella tabella sopra riportata (Fig. 27), sono pochi i Punti Nascita ed i Consulitori in cui non è prevista una procedura scritta che preveda e regolamenti questa procedura (solo nel 10% dei Punti Nascita e nel 6% dei Consulitori): prevalentemente, dunque, vengono adottate procedure non formalizzate per venire incontro alle esigenze della persona (45% Punti Nascita e 44% Consulitori), oppure non risulta previsto alcunchè (45% Punti Nascita e 50% Consulitori).

Anche per i Punti Nascita, nel 64% dei casi si cerca di adottare prassi che possano soddisfare le richieste delle donne di scegliere un professionista (medico e operatore sanitario) di sesso femminile per essere seguite in sala parto (Fig. 28).

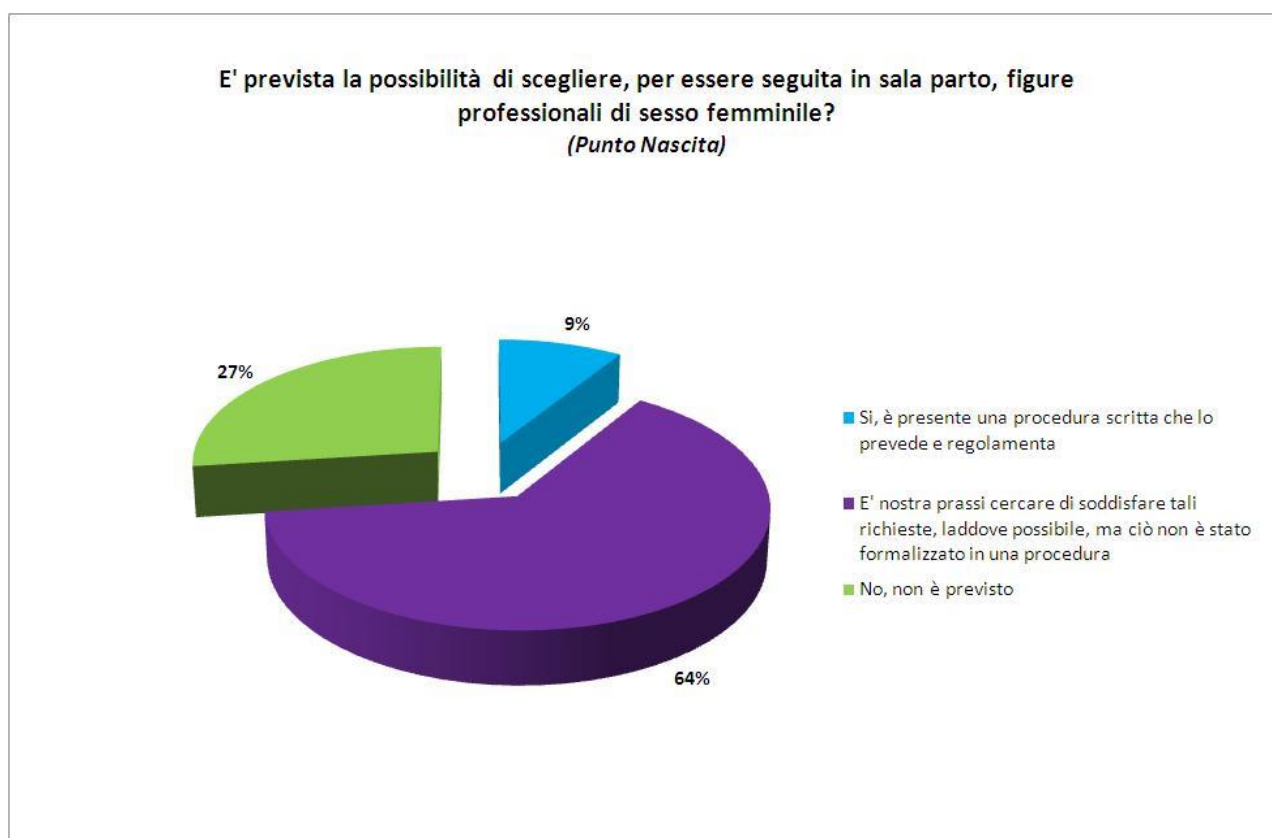


Fig. 28 - Cittadinanzattiva

Nel 9% dei casi è invece prevista una procedura scritta; nel 27% dei casi nessuna previsione in tal senso.

3.4 Accesso ai servizi durante la gravidanza e umanizzazione delle cure

Negli ultimi anni si è potuto osservare, sia a livello internazionale che locale, il rafforzamento del processo di femminilizzazione dei flussi migratori che, anche in Europa ed in Italia, ha comportato un progressivo aumento della componente femminile della popolazione straniera. Questo fenomeno nel nostro territorio si coniuga con una sempre maggior “strutturalità” della presenza di migranti e conseguentemente con una caratterizzazione dell’attuale realtà italiana

come società multiculturale.

Un'evidente ricaduta della consistente presenza femminile straniera, che si caratterizza anche per la giovane età, è osservabile proprio sulla natalità: i problemi evidenti riguardano spesso la ridotta domanda di assistenza in gravidanza; il ricorso all' interruzione volontaria della gravidanza (IVG) superiore rispetto al gruppo omogeneo di italiane; il riscontro di una maggior percentuale di patologie neonatali tra gli stranieri.

A fronte di questa situazione aumenta sempre più l'attenzione per la tutela della maternità tra le immigrate che partoriscono in Italia. Si osserva, infatti, una loro maggiore difficoltà nella fruizione dei servizi a disposizione nel percorso nascita e nel cogliere le opportunità di salute e assistenza nel periodo della gravidanza e del post-partum.

Tutto ciò mette in luce, così, la necessità di promuovere informazioni e servizi che siano loro di supporto nelle scelte di procreazione consapevole, data le difficoltà che le straniere incontrano nell'orientarsi e nell'utilizzare correttamente la contraccezione.

In quest'ultimo caso è necessaria una considerazione particolare, perché si tratta di un tema particolarmente delicato e di cui si è sempre ribadita l'importanza e l'efficacia per prevenire eventi traumatici come l'aborto, a cui le donne straniere sembrano ricorrere molto più spesso rispetto ad altre cittadine italiane, giustificando la scelta con la non conoscenza dei metodi contraccettivi.

Tutto questo esprime un chiaro bisogno di informazioni e uno spazio enorme di miglioramento e di promozione della salute e il sistema assistenziale dovrebbe guardare al percorso nascita come una grande opportunità per dare una risposta a questo bisogno.

Il miglioramento dell'assistenza al percorso nascita delle donne che affrontano una gravidanza e più specificamente delle donne straniere deve quindi necessariamente passare attraverso una organizzazione dei servizi che garantisca una continuità assistenziale soprattutto nel servizio pubblico.

I servizi e le politiche sono quindi chiamati a impegnarsi a rafforzare l'intero ambito della salute riproduttiva e della prevenzione, attraverso strategie di *empowerment* e offerta attiva per una reale inclusione sociale delle donne immigrate.

L'umanizzazione è un altro tema centrale e di grande attualità nel panorama sanitario nazionale ed europeo e consiste in un processo molto delicato che pone al centro la persona con i suoi sentimenti, le sue conoscenze, le sue credenze rispetto al proprio stato di salute e non esclusivamente in quanto portatore di una determinata patologia.

Garantire un accesso ai servizi senza ostacoli per le donne in gravidanza viaggia insieme alla necessità di assicurare cure e trattamenti che creino empatia fra gli attori del Servizio sanitario e le persone in una particolare condizione fisica: tutto ciò rappresenta un concetto che, se calato all'interno del contesto sanitario, assume una rilevanza fondamentale.

Si tratta di "curare" il rapporto a livello sociale e si incentra principalmente sull'attenzione nei confronti delle persone che usufruiscono del Servizio sanitario.

L'aspetto psicologico è al centro delle riflessioni su questo tema e sempre più appare chiaro che se le strutture sanitarie forniscono un servizio attento, chiaro, dedicato e completo, l'accesso e l'intero percorso di presa in carico vengono svolti meglio, in minor tempo e con

risultati - psicologici e clinici in senso stretto - di maggiore qualità.

E' stato così chiesto se nella struttura (Asl, Punto Nascita, Consultorio), siano stati promossi progetti e/o attività per migliorare l'accesso e l'accoglienza delle donne migranti presso i servizi della Azienda sanitaria locale, come mostrato nella figura seguente (Fig. 29).

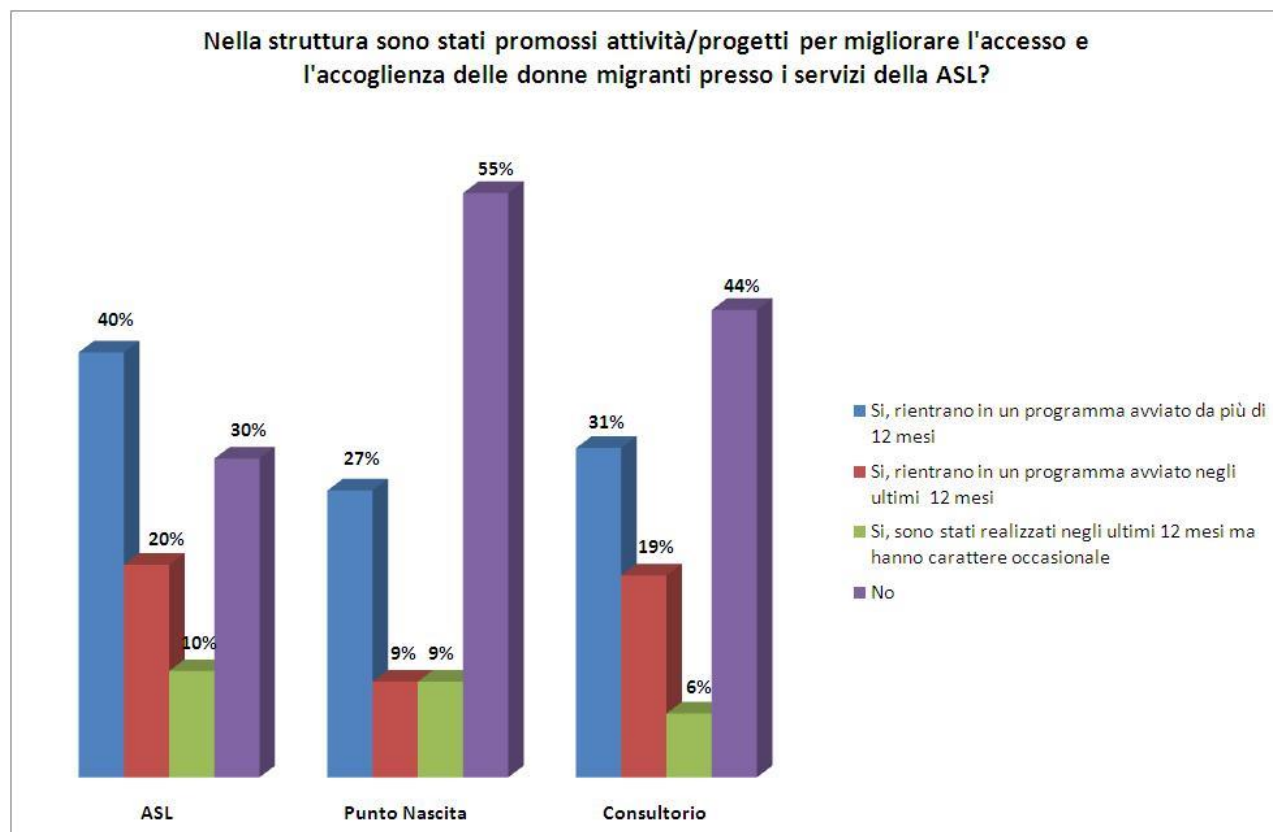


Fig. 29 - Cittadinanzattiva

Bisogna ribadire, come già fatto in precedenza, che il percorso nascita inizia dal primo test di gravidanza e termina con la fase del puerperio: questo vuol dire che un grande insieme di attività e progetti devono (o dovrebbero) essere messi in atto dalle strutture per assicurare una tutela non solo nella fase preconcezionale ma anche nel periodo successivo al parto e fino al puerperio, assicurando e promuovendo percorsi educativi a supporto della famiglia immigrata. Per quanto riguarda le Asl, prevalentemente le attività ed i progetti posti in essere rientrano in un programma avviato da più di un anno (40%); per i Punti Nascita nel 55% dei casi non esistono attività finalizzate al miglioramento dell'accesso e dell'accoglienza per le donne migranti; vale lo stesso discorso per i Consultori, nel 44% dei casi.

Solo in percentuali più basse nelle strutture esistono programmi avviati da più di dodici mesi, in alcuni casi nell'ultimo anno; alcuni solo di carattere occasionale.

Questa ovviamente è un aspetto non positivo, considerata l'importanza che invece rivestono attività e programmi di questo tipo per facilitare l'accesso per le donne migranti presso i servizi delle Asl.

Come si evince dalla figura di seguito (Fig. 30), è stato chiesto se nelle strutture siano stati

promossi anche percorsi educativi a supporto della famiglia immigrata nel periodo successivo al parto: nella maggior parte delle strutture il bilancio è purtroppo negativo, perché per più della metà delle stesse (sia per quanto riguarda le Aziende sanitarie, che i Punti Nascita, che i Consultori) questo tipo di percorsi non sono stati messi in atto.

Solo in minime percentuali il riscontro positivo riguarda la promozione di percorsi che rientrano in un programma avviato da più di 12 mesi (come nel caso del 30% delle Asl).

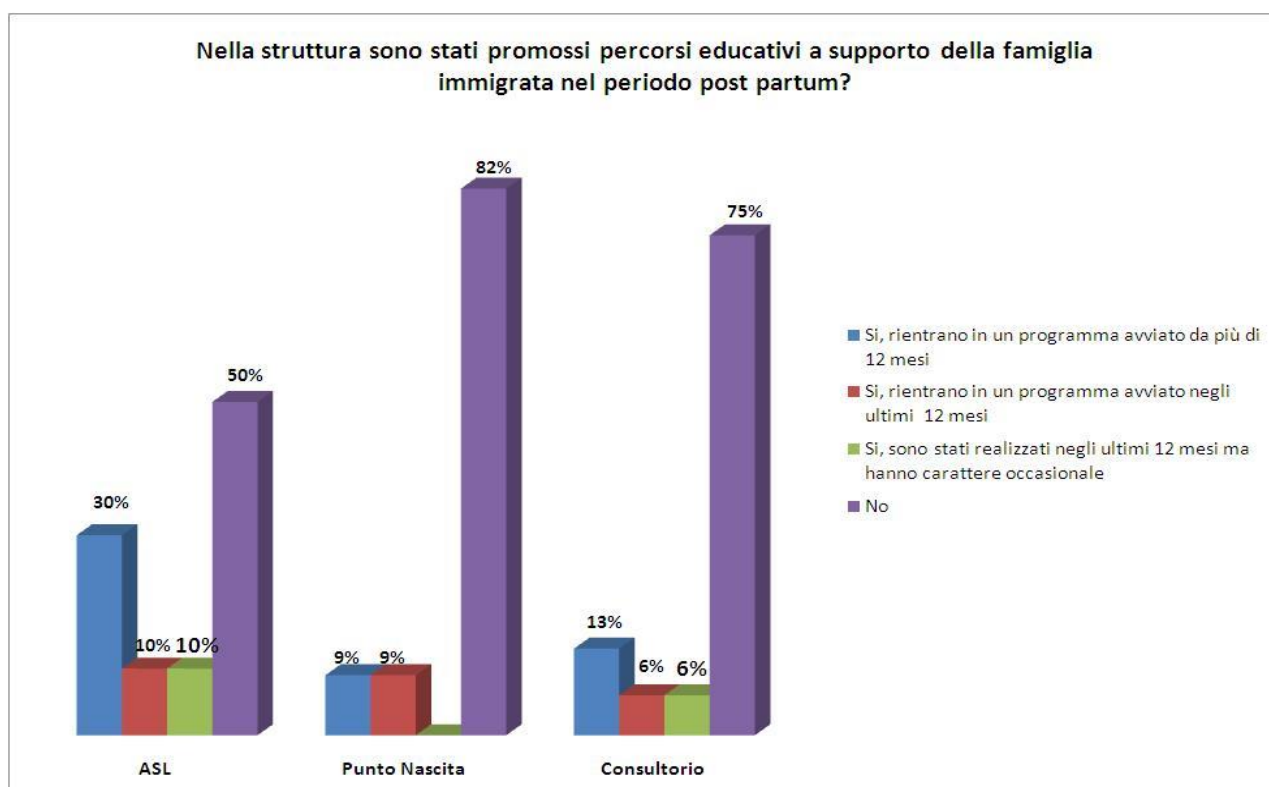


Fig. 30 - Cittadinanzattiva

Quali sono le principali attività effettuate?

Una breve descrizione è rappresentata nella tabella che segue (Tab. 6) che mostra, per l'appunto, i progetti e le iniziative messe in campo per assicurare momenti di condivisione, integrazione, accompagnamento nel corso di quella che è una fase molto delicata nella vita di una donna, quella immediatamente successiva al parto e che spesso può sfociare in malessere e depressione a causa delle forti scosse emotive.

La nascita di un bambino è un evento straordinario nella vita di una donna e non tutte riescono ad accogliere la loro maternità ed a rispondere adeguatamente ai bisogni del bambino durante la gravidanza, per una complessità di motivazioni e in situazioni di particolari difficoltà: per questo è importante porre in essere attività che possano fornire un supporto, non solo indicativo degli strumenti e/o servizi a disposizione, ma anche emotivo e psicologico.

Descrizione delle attività effettuate	ASL	Punto Nascita	Consultorio
Progetto Bebè con momenti di incontro e condivisione, in accordo con le Associazioni presenti sul territorio.			×
Protocollo di collaborazione con l'Associazione "Società San Vincenzo de Paoli" di Acireale per gli immigrati in difficoltà.			×
Attraverso un progetto con l'Associazione Crea abbiamo a disposizione mediatori linguistici e culturali. Purtroppo però, l'attività non è continua. Le risorse dunque vanno cercate all'interno della ASL e non sperare nell'approvazione di progetti nel terzo settore.			×
Esiste un progetto per le donne a rischio di depressione post partum e un progetto rivolto ai neonati a rischio salute. E' l'Ospedale ad indirizzare la neo-mamma verso questi percorsi.	×		
Nei corsi di accompagnamento alla nascita viene offerta la possibilità di visita in puerperio. Tale servizio è partito sperimentalmente nel mese di febbraio 2013 nella città di Taranto. L'obiettivo sarà di garantire tale servizio in forma statica in tutti i distretti non appena saranno integrate tutte le equipe consultoriali della figura dell'ostetrica.	×		
Allattamento, sostegno genitoriale, visite post partum (domiciliari o presso il consultorio familiare).	×		
Dimissione protetta e concordata coi consultori territoriali.		×	

Tab. 6- Cittadinanzattiva

E'interessante notare come ci siano Consultori che hanno avviato progetti di integrazione, soprattutto per gli immigrati in difficoltà o Asl che hanno posto in essere progetti per le donne a rischio depressione nel post-partum o durante l'allattamento; poche invece dal nostro monitoraggio risultano le attività dei Punti Nascita, prevalentemente relative alla dimissione protetta⁶ concordata con i Consultori territoriali.

Un'altra problematica ricorrente riguarda l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG), prevista dalla Legge n. 194 del 1978: è stato verificato se, in considerazione dell'aumento delle donne straniere che fa ricorso all'aborto, siano state messe in atto dalle strutture monitorate specifiche attività e/o procedure per garantire il diritto all'accesso di cui alla Legge 194/78 e favorirne l'informazione.

A parte il caso delle Asl, dove la metà esatta si divide tra il sì ed il no (50% e 50%), sia nei Punti Nascita che nei Consultori si può notare (Fig. 31) che prevalentemente mancano - perché non sono state messe in atto - attività o procedure specifiche finalizzate a favorire l'informazione in merito alla legge che prevede la possibilità di interrompere volontariamente la gravidanza (80% nel caso dei Punti Nascita e 62% per quanto riguarda i Consultori).

⁶ La dimissione protetta è la dimissione da un reparto di degenza di un paziente che ha problemi sanitari o sociosanitari per i quali è necessario definire una serie di interventi terapeutico - assistenziali (progetto assistenziale personalizzato) al fine di garantire la continuità assistenziale.

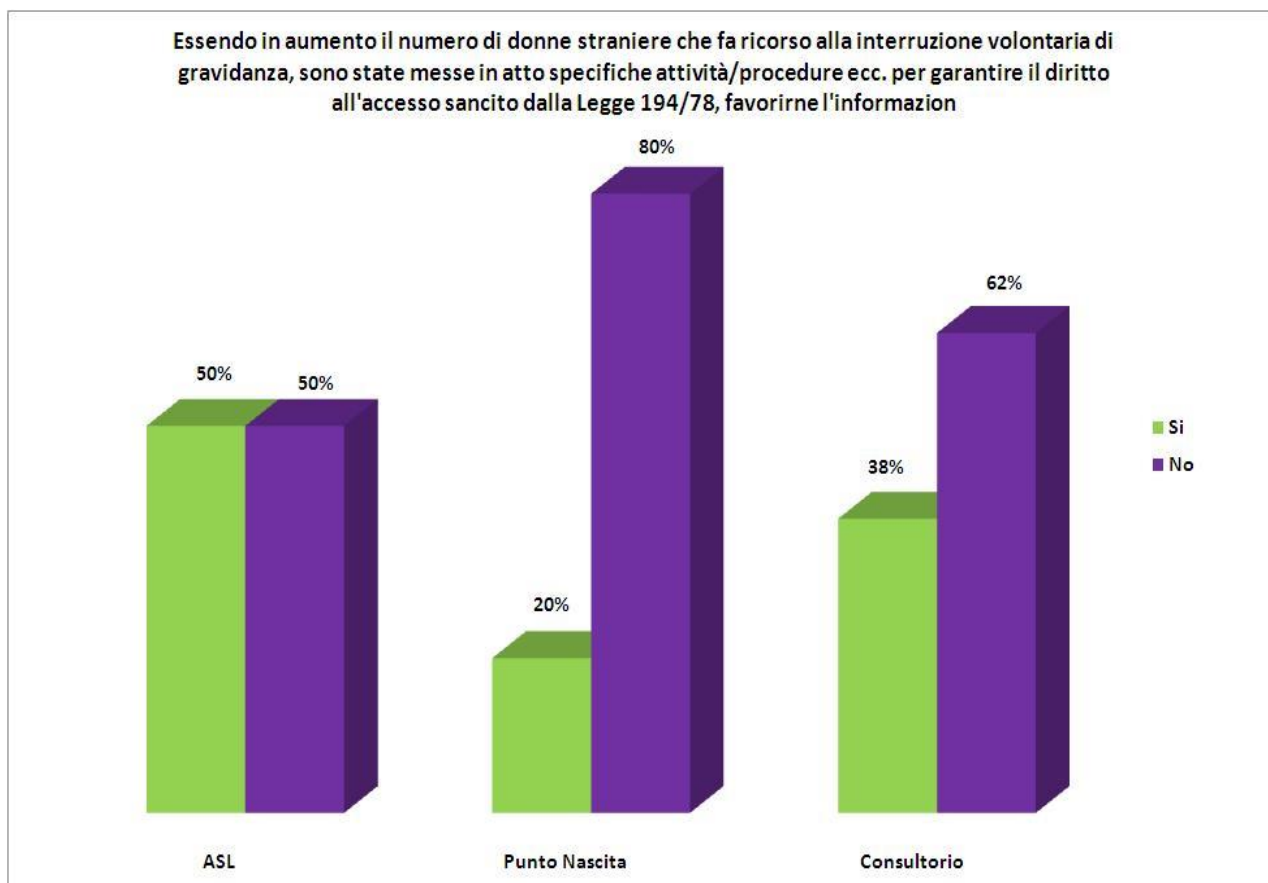


Fig. 31 - Cittadinanzattiva

Laddove previste, queste specifiche attività/procedure, come mostrato nella tabella che segue (Tab. 7), riguardano, per quanto riguarda le Asl, incontri di approfondimento sull'IVG in connessione con il fenomeno migratorio; la presenza di mediatori negli ambulatori e attività di counseling presso i consultori familiari; per i Punti Nascita esistono prevalentemente CAV (Centro di Aiuto alla Vita), punti di accoglienza, assistenti sociali; per i Consultori vengono messi in atto colloqui di sensibilizzazione, incontri di gruppo, approfondimenti e prescrizione di contraccettivi, screening e progetti per facilitare l'accesso delle donne immigrate.

Se sì, specificare	ASL	Punto Nascita	Consultorio
E' stato realizzato da pochissimo uno studio sull'IVG dove è stata valutata la connessione con il fenomeno migratorio. E' già stato effettuato un primo incontro per individuare procedure e misure da mettere in atto.	×		
Presenza di mediatore linguistico-culturale nell'ambulatorio dedicato.	×		
Procedure e counseling presso i consultori famigliari.	×		
All'interno dell'ospedale esiste il CAV con cui collaboriamo nei casi di scelta dubbia.		×	
Punto accoglienza multilingua, punto accoglienza 194, assistenti sociali.		×	
Anche per le donne straniere viene svolto l'iter previsto per la legge 194, con successivo contatto per la contraccezione.			×
Colloqui di sensibilizzazione, incontri di gruppo, prescrizione contraccettivi, inserimenti IUD.			×

Accesso diretto, consulenza contraccettiva.			×
Screening citologico, con finanziamento regionale, in rete con le strutture sanitarie. Progetto consultori per facilitare l'accesso delle donne straniere a tali presidi.			×
Progetto SAHAT.			×

Tab. 7 - Cittadinanzattiva

Per quanto riguarda invece la previsione di incontri di preparazione alla nascita specificamente progettati per essere rivolti alle donne immigrate in altre lingue, oppure in italiano con un linguaggio semplificato o con la presenza di un mediatore, nella maggior parte dei Punti Nascita (55%) e Consultori (70%) i corsi che si organizzano sono aperti a tutte le donne e non sono specificamente progettati per le donne straniere: se da un lato questo può favorire, senza dubbio, forme di integrazione avanzata, dall'altro bisogna pur ammettere che la previsione di momenti, incontri e/o spazi dedicati esclusivamente alle donne straniere possa favorire un inserimento migliore e un approccio specifico per affrontare con tutti gli strumenti adeguati determinati percorsi. Questo viene previsto solo in minime percentuali e in alcuni casi le strutture non forniscono neanche la possibilità di incontri preparatori alla nascita (Fig. 32).

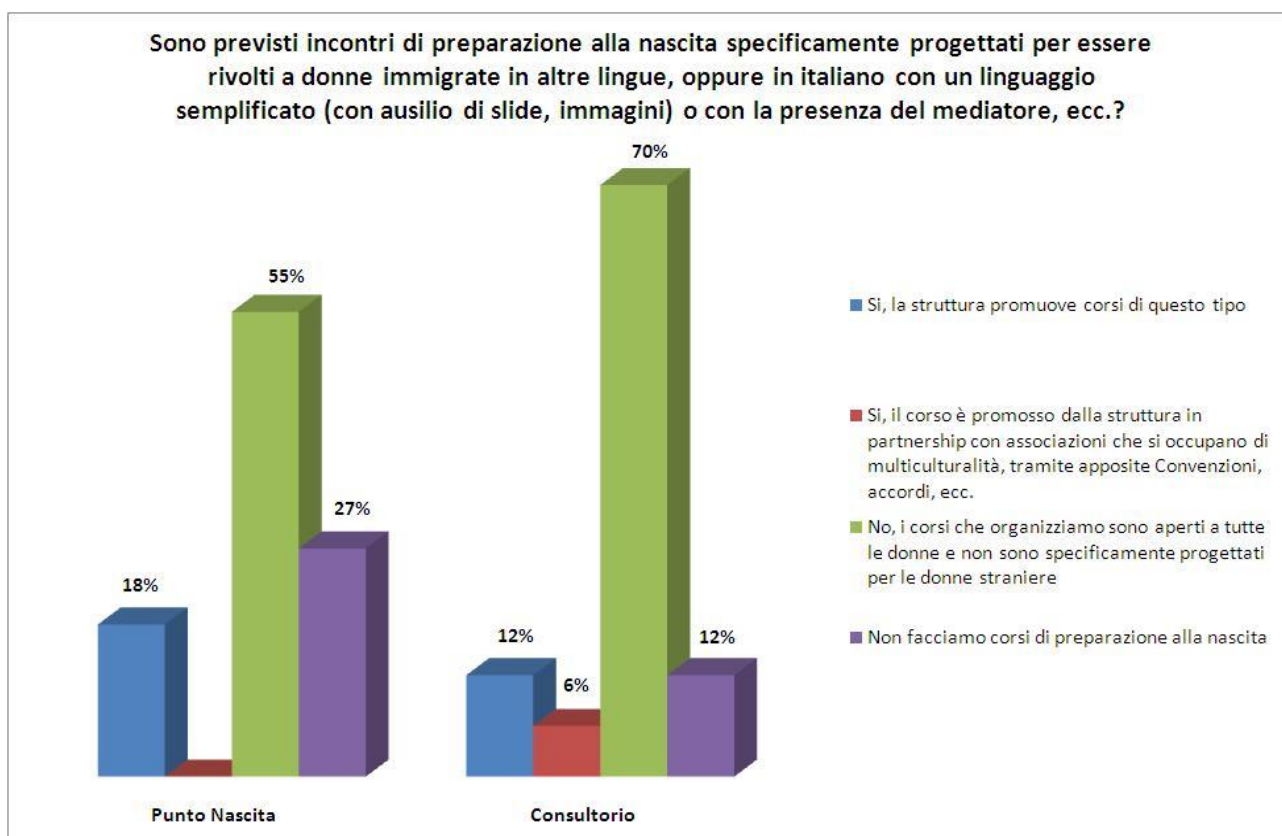


Fig. 32 - Cittadinanzattiva

Per quanto riguarda la fase del post-partum, è stato chiesto se nella struttura sia presente un servizio a cui le mamme possono fare riferimento dopo il rientro a casa per ricevere informazioni sul proprio stato di salute e su quello del proprio neonato (come il controllo del peso, problematiche e/o indicazioni sull'allattamento, etc.).

Analizzando la figura che segue (Fig. 33), per i Punti Nascita, nel 45% dei casi all'interno della struttura non è previsto alcun servizio di questo tipo, ma le donne vengono inviate presso appositi servizi offerti dalla Asl; nel 36% dei casi invece esiste un apposito servizio rivolto a tutti gli utenti; nel restante 19% la risposta risulta negativa. Per le strutture consultoriali, al contrario, nella maggior parte dei casi (69%) esiste un servizio specifico di tutela dedicato alle mamme e ai loro bambini nella fase successiva al parto e questo risulta un segnale molto positivo, soprattutto se consideriamo che dopo il parto le donne si trovano a vivere un periodo di 'assestamento' fisiologico, in cui il corpo - e la mente - hanno bisogno di rimettersi in sesto dopo i nove mesi di gravidanza e il parto; una fase in cui regrediscono tutte le modificazioni che hanno caratterizzato il periodo precedente.

E' una fase molto delicata, in cui è facile sentirsi "diverse" e scombussolate ed in cui la fruibilità di determinati servizi di accompagnamento ed orientamento e la presenza di servizi appositi dedicati alle neo mamme può davvero fare la differenza. Una volta fuori dall'ambiente protetto della struttura assistenziale ospedaliera in cui ha partorito, al momento delle dimissioni, la donna deve affrontare una fase nuova caratterizzata dalle cure da dedicare al proprio bambino. In questa fase diventa importante la capacità del sistema stesso di garantire continuità assistenziale al percorso nascita nel passaggio alla fase del puerperio, considerato soprattutto che le donne straniere diventano mamme per la prima volta in un contesto totalmente lontano da quello familiare. Molte donne si sentono perse, sono insicure perché non comprendono, sia dal punto di vista linguistico che culturale, i consigli della pediatra o delle ostetriche ad esempio sul modo di lavare il bambino, su come medicare il moncone del cordone ombelicale e così via: avere la conoscenza e la capacità di cogliere le opportunità assistenziali offerte sul territorio nella fase successiva al parto diventa un passaggio fondamentale e il divario si riduce quanto più il sistema assistenziale riesce ad adottare una politica di "offerta attiva".

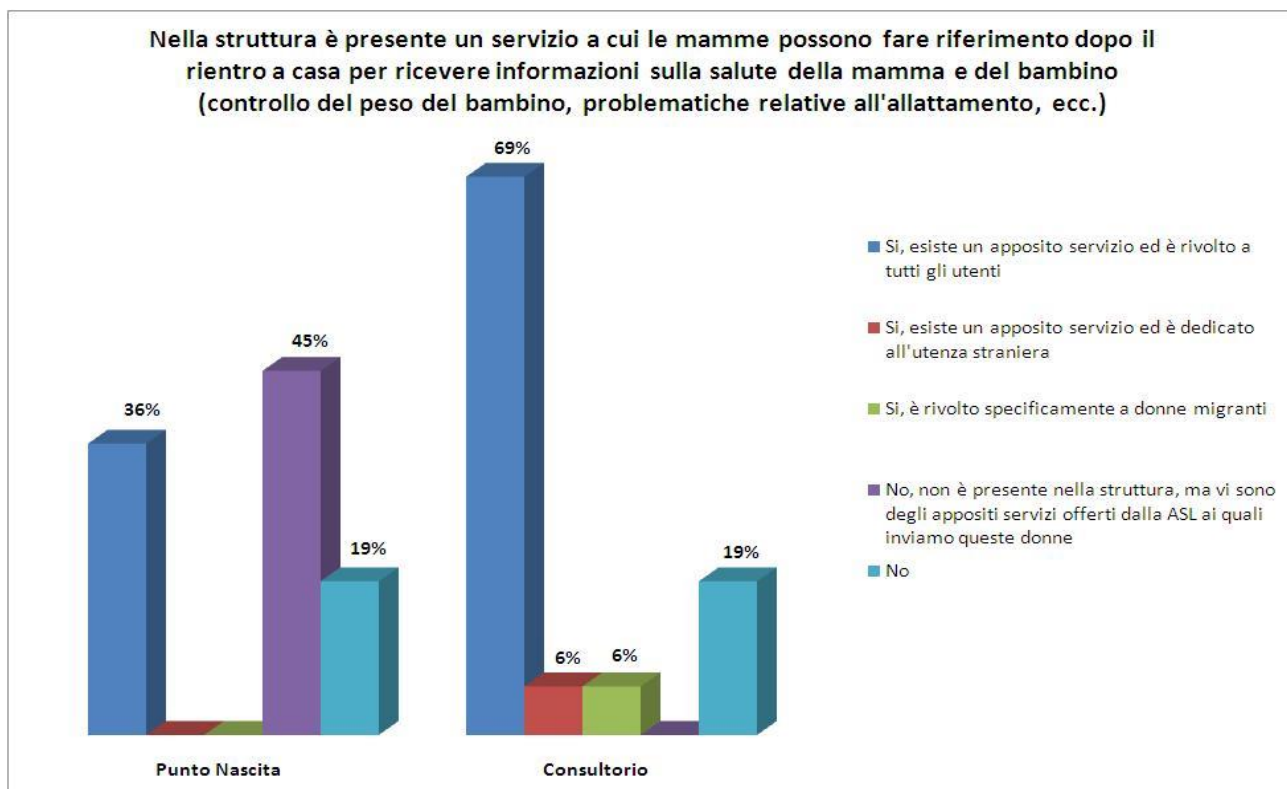


Fig. 33 - Cittadinanzattiva

Sulle modalità del parto, come mostrato nel grafico seguente (Fig. 34), nel reparto del Punto Nascita viene effettuato nel 91% dei casi sia il parto tradizionale che quello attivo; nel 9% dei casi altre tipologie di intervento.

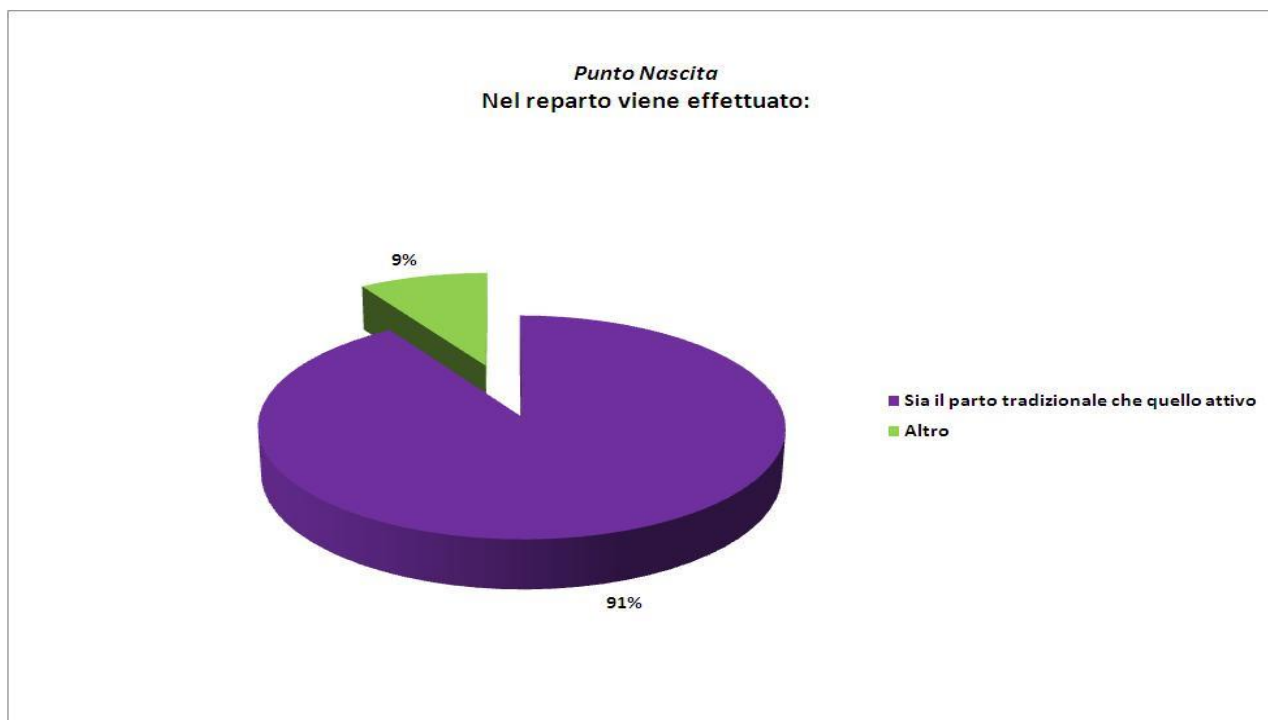


Fig. 34 - Cittadinanzattiva

Nel 91% dei casi è positivo notare, inoltre, che viene prevista la presenza di una persona di fiducia che accompagna la donna durante la difficile fase del travaglio e del parto (Fig. 35).

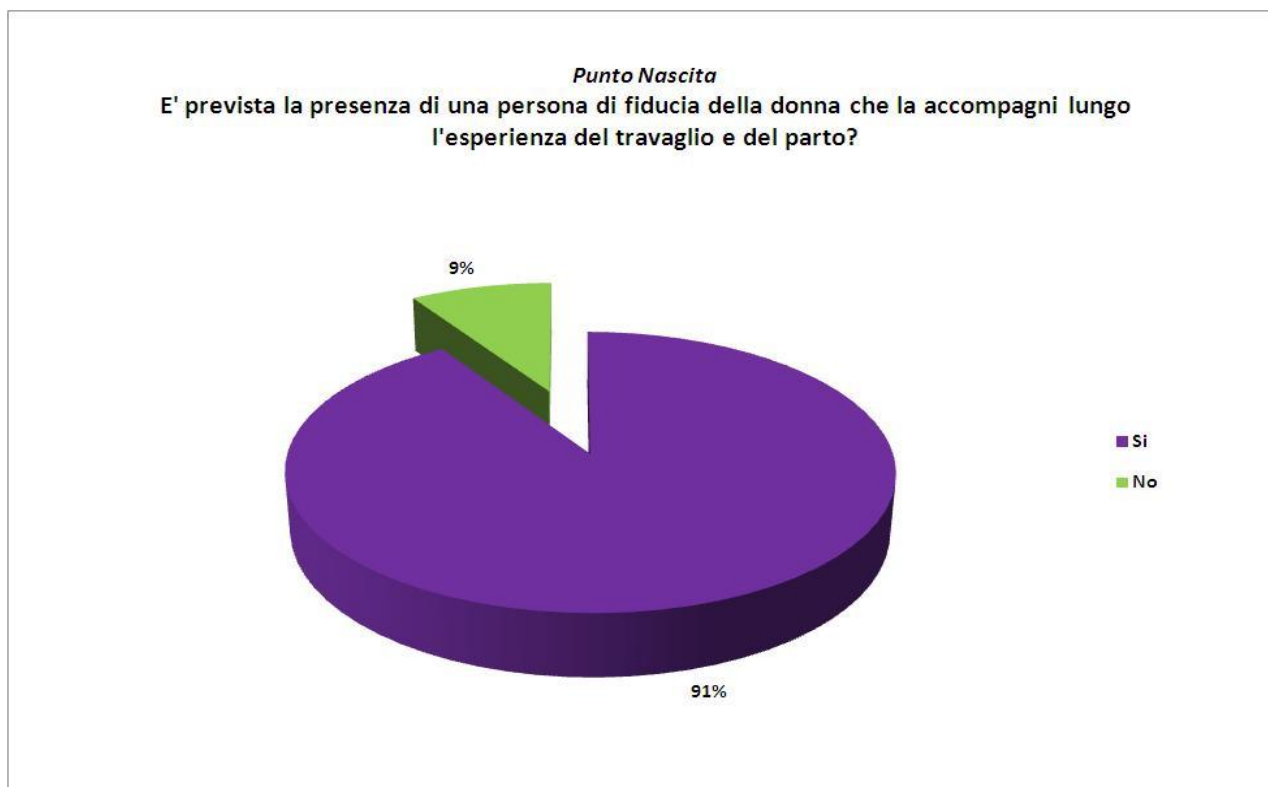


Fig. 35 - Cittadinanzattiva

E' stato poi chiesto se sia prevista la presenza di una figura di riferimento deputata a fornire informazioni e sostegno, in particolare per le donne con difficoltà nella comprensione della lingua italiana.

Dal monitoraggio effettuato - e come mostrato nella figura successiva (Fig. 36) - nel 27% dei casi si fa riferimento ad un mediatore culturale; è prevista la presenza di un assistente sociale (18%) o, quando necessario, tutti gli operatori sanitari cercano di fornire supporto alla donna (18%) o, al contrario, non risulta prevista alcuna figura (18%); nel 10% dei casi è prevista la presenza di un operatore appositamente formato, mentre nel restante 9% è prevista un'apposita equipe che appartiene all'ospedale o alla Asl di riferimento.

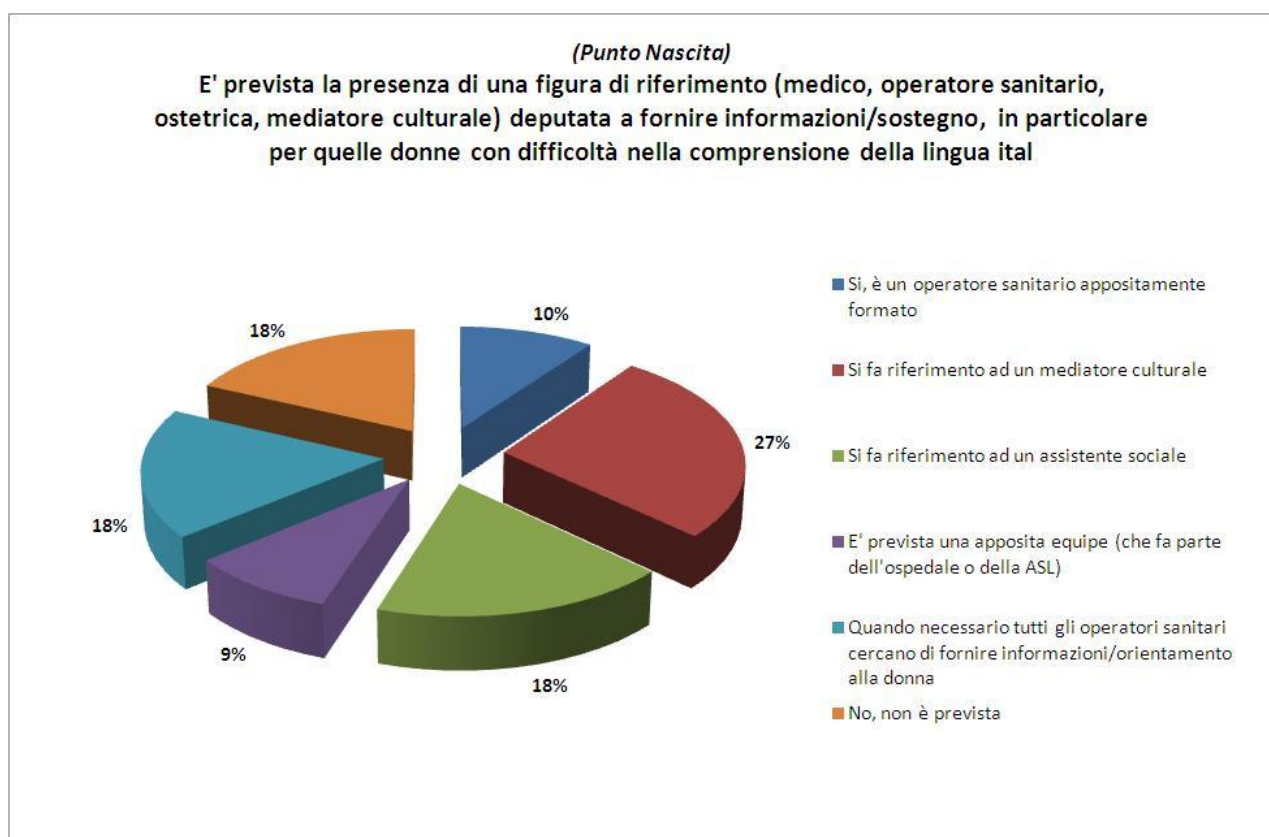


Fig. 36 - Cittadinanzattiva

Se presente tale figura di supporto e/o orientamento, le principali informazioni fornite riguardano prevalentemente i servizi a cui potersi rivolgere per l'assistenza sanitaria pediatrica (45%); per il resto, nell'uguale percentuale del 36%, tali informazioni riguardano lo stato di salute della donna e del neonato lungo tutto il periodo di ricovero, l'allattamento, le modalità di contraccezione, i servizi nel post-partum e le procedure burocratiche da seguire per la registrazione del neonato (Fig. 37).

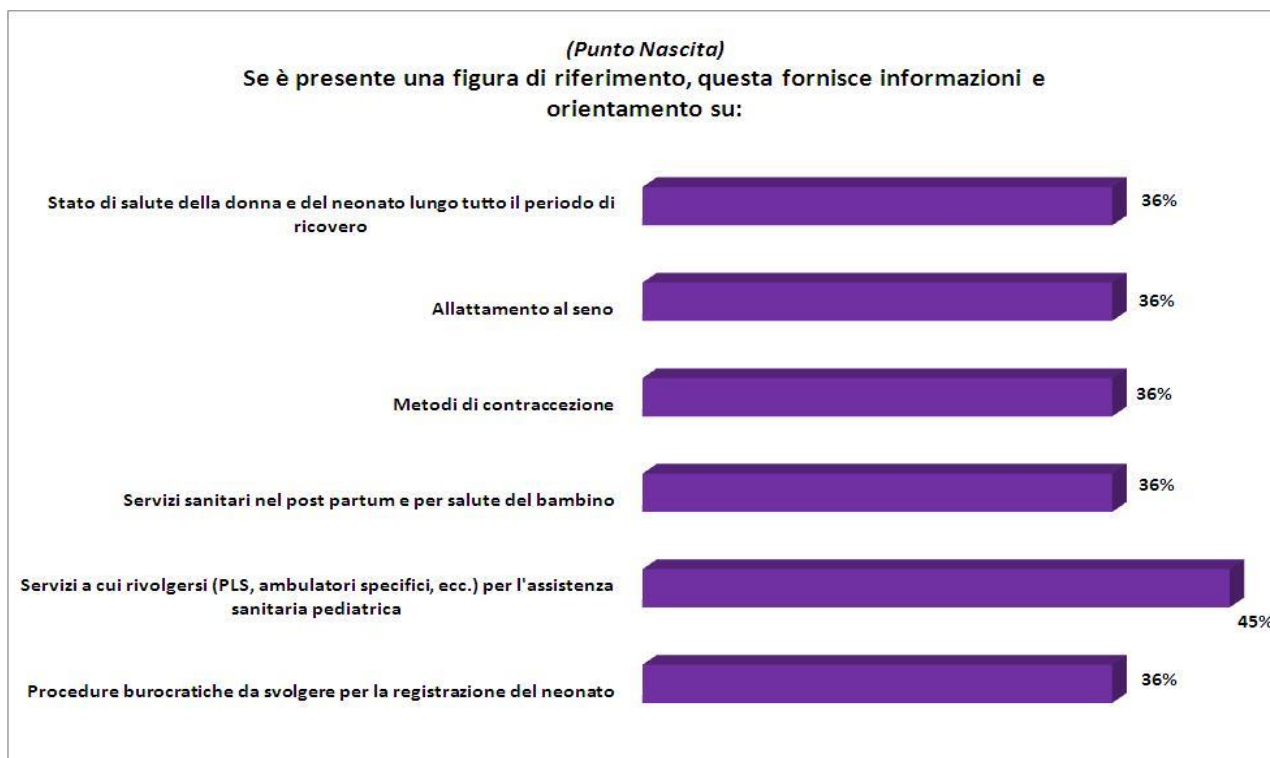


Fig. 37 - Cittadinanzattiva

Dopo il parto, viene garantito nei Punti Nascita sia sostegno alla nascita ed alla genitorialità attraverso l'invio della coppia o della donna al Consultorio o ad una associazione di riferimento (27%) o solo per le coppie che evidenziano maggiori criticità (27%): nel 18% dei casi vengono effettuati dei follow up periodici alle donne dimesse; nel 9% dei casi esiste un numero verde a disposizione che fornisce informazioni su vari aspetti (depressione post-partum; sul bambini, etc.); nel restante 9% è presente un apposito servizio presso l'ospedale o la Asl che fornisce sostegno e informazioni (Fig. 38).

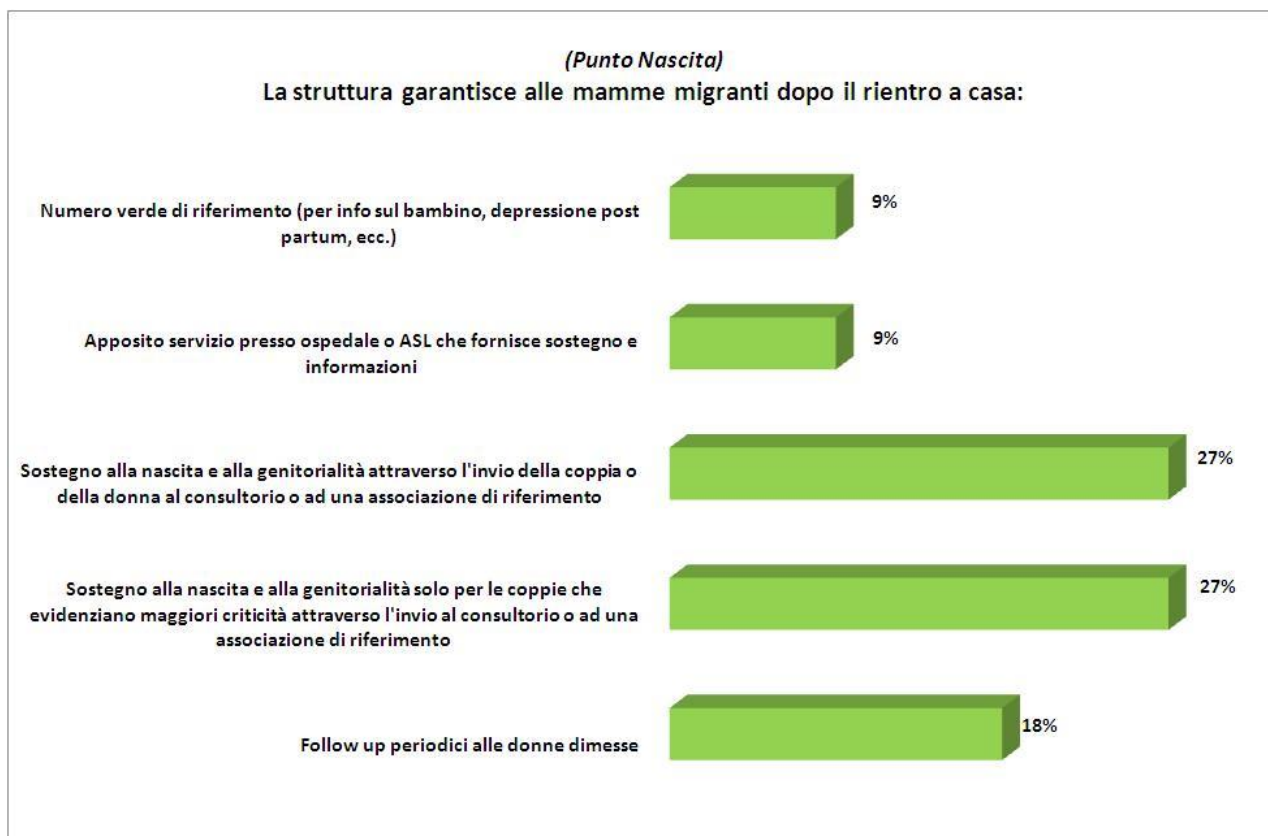


Fig. 38 - Cittadinanzattiva

Per quanto riguarda i Consultori, invece, sempre in riferimento ai servizi ed all'assistenza garantita alle mamme migranti dopo il loro rientro a casa, nella maggior parte dei casi (69%) vengono effettuati dei colloqui personali per accompagnare le donne in alcune fasi critiche del loro percorso come, ad esempio, per affrontare il rischio di depressione dopo il parto, fornire sostegno alla nascita ed alla genitorialità, sostegno nella fase di allattamento, etc. (Fig. 39).

Nel 56% dei casi tali strutture attivano percorsi specifici per le coppie o per le donne che si trovano in uno stato di maggiore difficoltà; nel 44% dei casi le strutture realizzano invece anche incontri di gruppo per condividere e superare le criticità (depressione post-partum) e per fornire accompagnamento (ad esempio per le visite pediatriche, registrazione peso del neonato, spazio mamme, etc.); infine nel 25% delle strutture vengono realizzati anche follow up periodici alle donne dimesse e nel 12% dei casi esiste un numero verde di riferimento (Fig. 39).

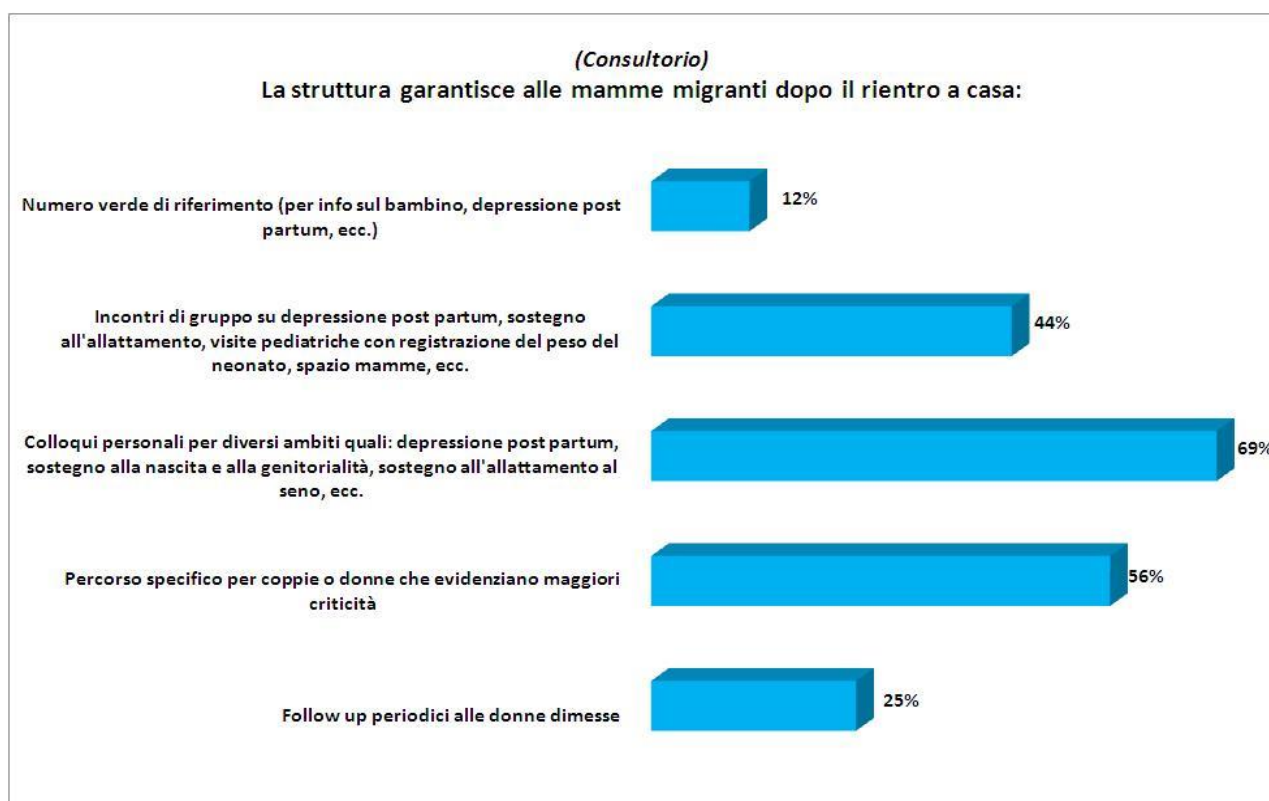


Fig. 39 - Cittadinanzattiva

In riferimento all'assistenza medica di base, nel 60% dei casi la Regione non ha provveduto ad estendere l'assistenza del pediatra di famiglia ai figli di genitori non iscritti al Servizio sanitario nazionale: questo avviene solo per il 40% delle Asl (Fig. 40).

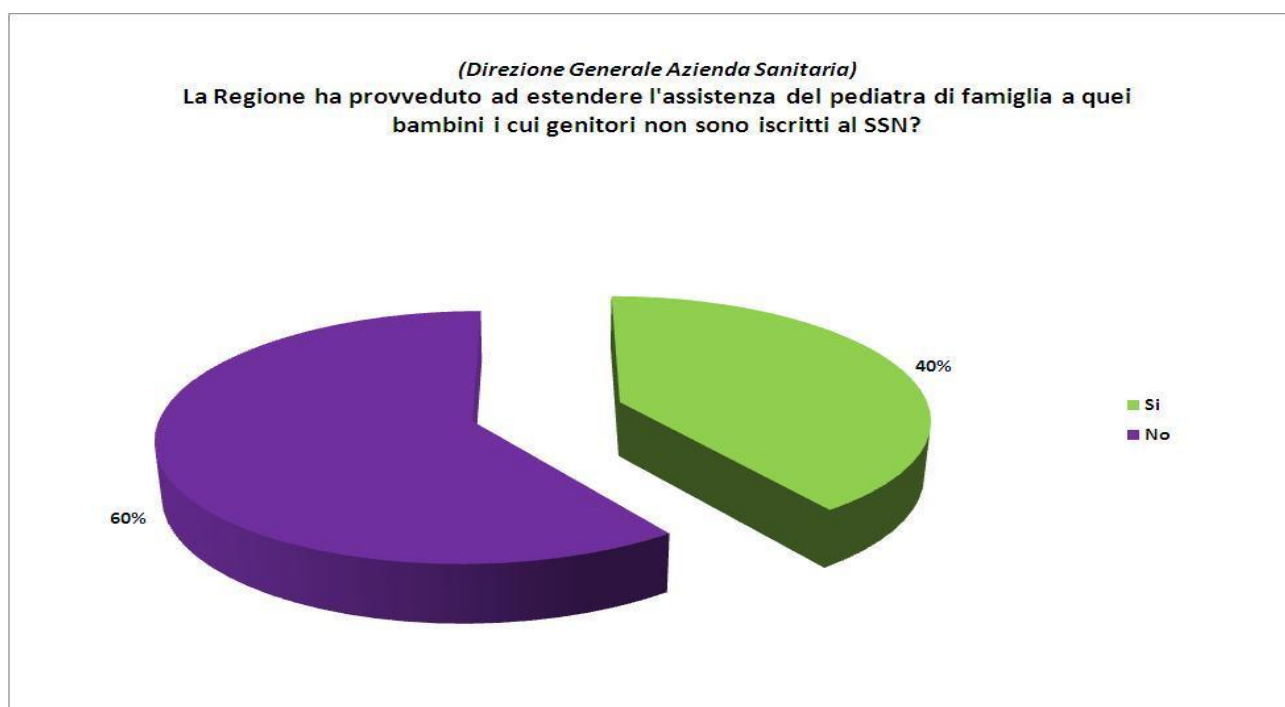


Fig. 40 – Cittadinanzattiva

Nei casi in cui questo non viene concesso, come mostrato nella figura che segue (Fig. 41),

nella maggior parte delle Asl (80%) non sono neanche previste procedure e/o percorsi formalizzati che permettano di garantire la continuità delle cure e l'assistenza sanitaria pediatrica dei figli di genitori stranieri che non siano iscritti al Servizio sanitario nazionale.

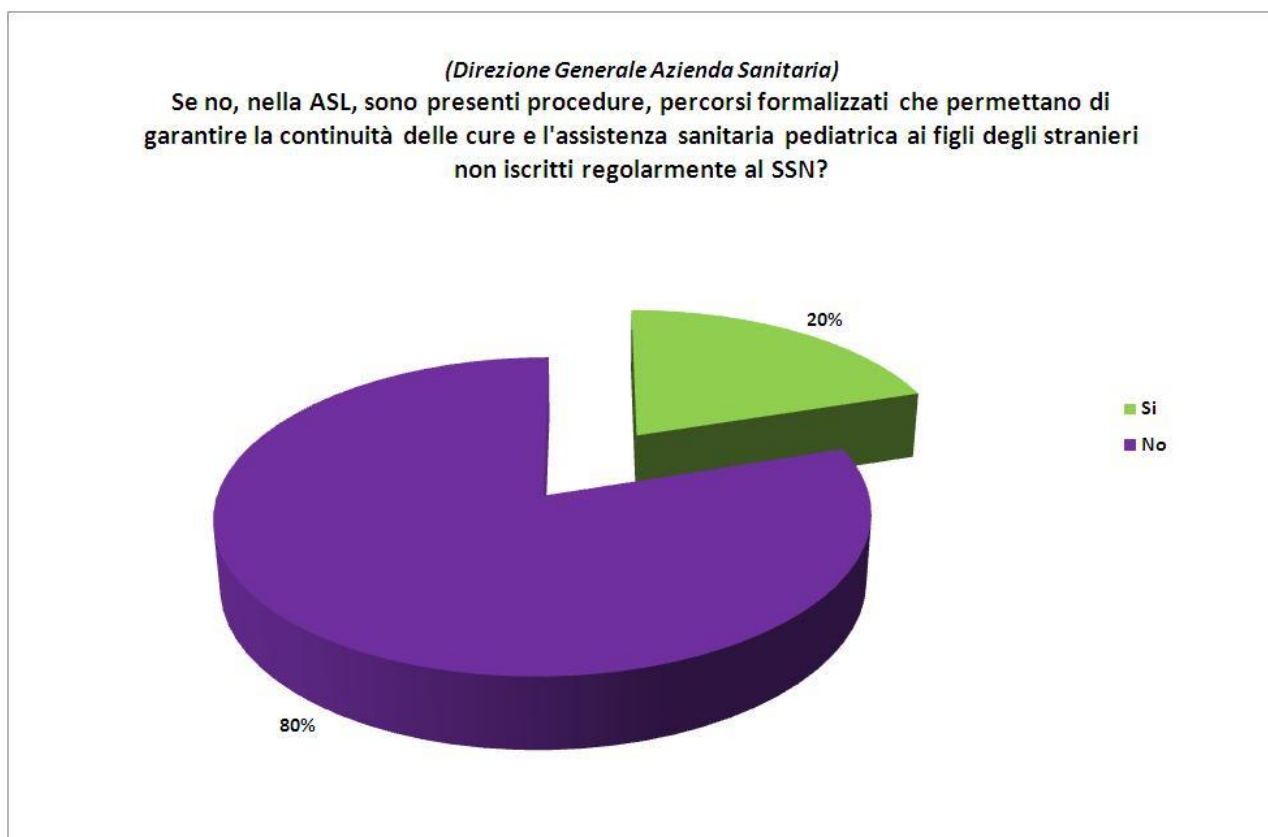


Fig. 41 - Cittadinanzattiva

Conclusioni

Dal monitoraggio effettuato, risulta emblematico il quadro relativo all'assistenza socio-sanitaria per le donne immigrante lungo tutto il Percorso Nascita, un percorso che appare, purtroppo, non senza ostacoli.

La marginalità sociale, vissuta come estraneità ai consueti circuiti dell'informazione e la scarsa conoscenza dei percorsi sanitari, si traduce spesso in difficoltà di accesso alle strutture ed ai servizi, con il rischio di esiti negativi per la salute della donna e del bambino.

I dati hanno dimostrato che quasi nessuna delle strutture monitorate si è dotata di una Carta dei Servizi dedicata al percorso materno infantile, nessuna Asl l'ha tradotta nelle varie lingue e nessuna struttura ha previsto al proprio interno servizi dedicati alle donne provenienti da Paesi extra comunitari (ad esempio il rispetto della scelta del sesso del ginecologo in sala parto, la previsione di pasti differenziati per le donne musulmane, etc.).

Mancano, inoltre, percorsi di sostegno per le donne straniere in condizioni di particolari criticità o fragilità; manca nella maggior parte delle strutture monitorate materiale informativo multilingue sui servizi dedicati al percorso nascita e sui relativi orari di apertura dei servizi (brochure, depliant, etc.); mancano procedure ad hoc sulla conduzione del consenso informato per le persone di diversa etnia; manca una procedura informativa adeguata che garantisca il diritto di accesso alla Legge n. 194/78 e sarebbe necessario incentivare il ricorso a figure di sostegno e supporto come il mediatore culturale.

Dall'analisi dei dati del monitoraggio emerge anche una frammentazione territoriale dell'assistenza perché le strutture spesso non sono in rete tra di loro: questo genera problematiche in ordine all'equità di accesso ai servizi e difficoltà nel creare percorsi con una operatività integrata, attraverso la condivisione e lo scambio di informazioni per assicurare un approccio multidisciplinare, accoglienza e colloqui di informazione/aiuto/sostegno orientati alla scelta consapevole, accessibilità ai percorsi socio-assistenziali nell'intero territorio della Asl, implementazione di percorsi dedicati per l'accesso alle prestazioni, nonché facilitazione dell'accesso alle donne e ai bambini stranieri attraverso materiale informativo multilingue.

Mancano inoltre – o non appaiono sufficienti – progetti e percorsi di miglioramento per favorire l'accesso e l'accoglienza delle donne migranti presso i servizi della Asl e, soprattutto, di supporto per le donne stesse e per le loro famiglie nella delicata fase del post-partum, anche per quanto riguarda l'assistenza sanitaria del pediatra di famiglia a tutti quei bambini stranieri nei casi in cui i genitori non siano iscritti regolarmente al Servizio sanitario nazionale, al fine di garantire la continuità delle cure.

Rispetto a questa situazione, si riafferma la necessità di uno sforzo del Servizio sanitario e di tutti gli attori coinvolti verso una maggiore accessibilità dell'assistenza socio-sanitaria per l'utenza straniera e, nello specifico, per le donne migranti.

Questo processo passa attraverso una complessiva riorganizzazione dei servizi interni delle strutture sanitarie, da ridisegnare sulla base delle dimostrate esigenze dell'utenza straniera (come la disponibilità di servizi di mediazione culturale o interpretariato, lo sviluppo del lavoro di gruppo multidisciplinare e lo stimolo all'integrazione).

Occorre inoltre che il ripensamento dei servizi in funzione di un'utenza multietnica si traduca

in un nuovo modo di pensare e fare sanità pubblica, che riconosca nell'offerta attiva e nell'integrazione sociale i due pilastri portanti su cui rifondare il diritto all'assistenza delle persone immigrate, per non fornire più solo una risposta "unilaterale" ad una domanda di assistenza che non è univoca ma riflette bisogni e necessità diverse.

Il miglioramento dell'assistenza - che passa innanzitutto attraverso il diritto all'informazione - rappresenta un'opportunità per un cammino più consapevole e partecipato da parte di tutte le persone coinvolte nell'evento nascita per realizzare un percorso quanto più integrato e partecipato, anche in un'ottica di continuità delle cure.

La scelta ufficiale dell'adozione di un modello interculturale rende ancora più cogente la questione dell'accoglienza e della cura dei pazienti migranti nelle strutture sanitarie, facendo emergere la necessità d'individuare modalità d'interventi caratterizzati e definiti secondo un approccio non solo umanitario ma anche e soprattutto interculturale e spirituale.

Per garantire una buona salute alla popolazione, servono politiche che siano eque e giuste, che garantiscano cioè pari opportunità di accesso e fruibilità a quegli ambiti della popolazione che si trovano per motivi sociali, culturali, religiosi, ma anche a causa di scelte ideologiche, in condizioni di svantaggio rispetto ad altri.

Non dimenticando che la salute è un bene di tutti.

Ringraziamenti

Il presente Report è stato redatto da Valentina Ceccarelli e Angela Masi.

Si ringrazia in modo particolare Laura Liberto, Coordinatrice nazionale di Giustizia per i Diritti di Cittadinanzattiva.

L'elaborazione dei dati e la realizzazione dei grafici e delle tabelle è stata curata da Tiziana Toto.

Si ringrazia l'Ufficio Stampa e Comunicazione della sede nazionale di Cittadinanzattiva.

La realizzazione di questo Report non sarebbe stata possibile senza il lavoro fondamentale e quotidiano delle volontarie e dei volontari delle sedi territoriali di Cittadinanzattiva, in particolare delle Regioni Calabria, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Puglia e Sicilia che hanno realizzato il monitoraggio civico delle strutture e si sono impegnate nella raccolta dei dati.

Per tale motivo il più sentito ringraziamento va proprio a loro che hanno fornito questo contributo umano, in termini di impegno, passione e tempo.

: