

INDAGINI SUL PERCORSO NASCITA DELLE DONNE STRANIERE

Laura Lauria, Emanuela Forcella, Anna Lamberti, Mauro Bucciarelli, Silvia Andreozzi,
Michele E. Grandolfo
*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Introduzione

La valutazione dell'assistenza al percorso nascita rappresenta un aspetto di sanità pubblica di fondamentale importanza per le implicazioni dovute alla presenza di modelli assistenziali alternativi nei principi di base, negli aspetti organizzativi e di conseguenza negli obiettivi di sanità pubblica che si intende perseguire e nelle modalità con cui tali obiettivi vengono perseguiti (1).

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 (2, 3).

A questo si aggiunga 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 (4).

Nel nostro Paese gli studi sulla maternità e sulle scelte riproduttive tra le donne immigrate hanno mostrato alcuni aspetti critici legati alla difficoltà di accesso ai servizi sanitari che, spesso, offrono risposte unilaterali a una domanda di per sé diversificata per lingua, modelli culturali e contesto sociale.

Da questi studi sono emerse aree di maggiore criticità tra le donne immigrate rispetto alle donne italiane, in particolare: maggiore abortività volontaria; difficoltà di accedere ai servizi durante il periodo prenatale; minore esposizione alle pratiche antenatali raccomandate; mortalità perinatale più alta; maggiore prevalenza di parti pretermine e di basso peso alla nascita (5-11).

L'immigrazione femminile in età fertile è un fenomeno molto rilevante e in costante evoluzione in Italia, come già descritto nelle sezioni precedenti (12).

Da qui l'importanza di queste indagini sul percorso nascita delle donne straniere, una qualitativa e una quantitativa, che sono state condotte nel 2009 nell'ambito del progetto "Il percorso nascita: promozione e valutazione della qualità dei modelli operativi" finanziato dal Ministero della Salute.

Le indagini sono state condotte dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in collaborazione con 18 centri nascita presenti sul territorio nazionale che hanno una elevata prevalenza di nascite da donne immigrate.

Indagine qualitativa

Obiettivo

Lo scopo dell'indagine è valutare il vissuto delle donne straniere in tema di percorso nascita attraverso interviste approfondite.

Metodologia

L'indagine qualitativa è stata realizzata attraverso la conduzione di interviste semi-strutturate a donne straniere che avevano appena partorito presso gli ospedali selezionati.

Per la conduzione delle interviste sono state selezionate antropologhe, ostetriche e assistenti sociali presenti nelle strutture partecipanti al progetto.

Le interviste hanno avuto luogo nelle stanze di degenza, o, su richiesta delle donne, in stanze appartate. Un breve colloquio per descrivere lo studio, spiegarne le finalità e raccogliere il consenso ha preceduto le interviste.

L'intervista è stata condotta seguendo una griglia di domande definite in precedenza, che prevedeva approfondimenti sul vissuto e l'esperienza della gravidanza e del parto.

I risultati, presentati attraverso estratti delle narrazioni, sono relativi a 60 interviste, effettuate nei centri nascita di Roma, Mestre, Trento, Torino, Bari e Foggia.

Caratteristiche delle donne intervistate

Sebbene l'intervista non prevedesse domande specifiche sulle caratteristiche socio-demografiche e sul percorso migratorio, si è spesso verificato che le informazioni emergessero nel corso del colloquio; è stato dunque possibile tracciare un profilo delle donne intervistate, riportato in Tabella 1.

Tabella 1. Caratteristiche socio-demografiche delle donne intervistate nell'indagine qualitativa

#	Luogo di nascita	Cittadinanza	In Italia da (anni)	PS	Età	Stato civile	Occupazione
1	Brasile	Italia	18	sì	38	coniug.	baby sitter
2	Santo Domingo	Italia	1		26	coniug.	–
3	Albania	Albania	1 e 1/2	sì	33	coniug.	tuttofare, ristorante
4	Cuba	Cuba	5	sì	36	conviv.	no (interrotto contratto quando rimasta incinta)
5	Romania	Romania	4 e 1/2	sì	29	coniug.	infermiera
6	Macedonia	Macedonia	1 e 1/2	sì	30	coniug.	no
7	Albania	Albania	5	sì	24	coniug.	pulizie
8	Brasile	Italia	2	sì	27	coniug.	cameriera
9	Perù	Italia	5	sì	27	coniug.	assistenza anziani
10	Tunisia	Tunisia	6	sì	37	coniug.	casalinga
11	Tunisia	Tunisia	3	sì	22	coniug.	casalinga
12	Romania	Romania	6		34	coniug.	domestica
13	Bosnia, rom	Bosnia	18	–	20	coniug.	no, mai
14	Marocco	Marocco	9	–	39	conviv.	impresa pulizie
15	Romania	Romania	5	–	29	coniug.	commessa
16	Romania	Romania	4	–	24	coniug.	casalinga
17	Marocco	Marocco	5	sì	43	no part.	badante

segue

continua

#	Luogo di nascita	Cittadinanza	In Italia da (anni)	PS	Età	Stato civile	Occupazione
18	Romania	Romania	2	sì	23	coniug.	disoccupata
19	Perù	Italia	9	sì	34	coniug.	mediatrice
20	Marocco	Marocco	3	sì	27	coniug.	casalinga
21	Moldavia	Moldavia	–	–	27	coniug.	sì, non specificato
22	Ucraina	Italia	4	–	23	coniug.	non in gravidanza
23	Moldavia	Moldavia	5	–	24	coniug.	impresa pulizie
24	Albania	Albania	5	–	26	coniug.	no
25	Romania	Romania	4	–	–	coniug.	–
26	Colombia	Italia	–	–	38	coniug.	architetto
27	Moldavia	Moldavia	–	–	37	coniug.	–
28	Moldavia	Moldavia	9	–	32	coniug.	estetista
29	Perù	Perù	9	sì	40	coniug.	baby sitter
30	Romania	Romania	4	no	22	coniug.	pulizie
31	Filippine	Filippine	–	sì	–	coniug.	domestica
32	Sri Lanka	Sri Lanka	4	–	25	coniug.	domestica
33	Ecuador	Ecuador	nascita	sì	20	fidanz.	studentessa
34	Romania rom	Romania	1	no	25	conviv.	domestica
35	Filippine	Filippine	11	sì	29	coniug.	domestica
36	Albania	Albania	2 mesi	no	23	–	casalinga
37	Romania, rom	Romania	6	no	26	coniug.	no
38	Albania	Italia	15	*	24	conviv.	–
39	Etiopia	Etiopia	9	sì	33	–	domestica
40	Cuba	Italia	8	sì	26	coniug.	casalinga
41	Georgia	Italia	1 e 1/2	*	31	nubile	badante/domestica
42	Albania	Albania	7	sì	33	coniug.	casalinga
43	Brasile	Italia	1	sì	25	coniug.	casalinga
44	Filippine	Filippine	6	sì	30	coniug.	domestica
45	Romania	Italia	6	sì	27	coniug.	casalinga
46	Croazia	Italia	6	no	27	coniug.	casalinga
47	Romania	Italia	1 e 8	no	33	conviv.	casalinga
48	Romania	Italia	2	sì	20	conviv.	bracciante agricola
49	Macedonia/rom	Macedonia	16	sì	17	–	casalinga
50	Romania	Romania	4	–	31	–	cameriera
51	Ucraina	Ucraina	7	–	35	coniug.	barista
52	Senegal	Senegal	1	no	41	coniug.	casalinga
53	Romania	Romania	5	–	31	coniug.	domestica
54	Romania	Romania	5	sì	35	coniug.	baby sitter
55	Cina	Cina	3	no	29	coniug.	casalinga
56	Romania	Romania	7	sì	29	coniug.	barista all'ospedale
57	Nigeria	Nigeria	10 mesi	sì	24	no part.	no
58	Polonia	Polonia	7	–	34	coniug.	assistente sanitaria
59	Slovacchia	Italia	10	–	31	coniug.	infermiera
60	Bulgaria	Polonia	5 anni	–	23	coniug.	pasticciera

PS: permesso di soggiorno; * scaduto; –: dato non disponibile

Si tratta in prevalenza di donne coniugate, in possesso di permesso di soggiorno; molte svolgono un'attività lavorativa, altre sono casalinghe, in particolare le donne provenienti dal Nord-Africa e dall'Europa dell'Est. Per i dati mancanti, non si tratta di informazioni omesse dalle donne, ma di mancata richiesta da parte dell'intervistatrice.

I risultati emersi dalle interviste sono presentati in forma integrata con i risultati dell'indagine quantitativa nelle sezioni dedicate denominate "Le mamme si raccontano".

Indagine quantitativa

Obiettivi

I principali obiettivi dell'indagine sono stati:

- *valutare:*
 - le conoscenze e le attitudini riguardo a gravidanza, parto e puerperio da parte delle donne,
 - i fattori che favoriscono e impediscono l'accesso alle procedure e ai servizi raccomandati,
 - le conoscenze sui servizi sanitari esistenti,
 - il grado di soddisfazione delle donne immigrate per quanto riguarda l'assistenza alla nascita,
 - la percezione delle donne sul percorso nascita in base alle aspettative e al proprio vissuto;
- *confrontare:*
 - il percorso nascita delle donne immigrate con quello delle donne italiane;
- *tratteggiare:*
 - il profilo di salute e sociale delle donne immigrate che hanno recentemente partorito.

Metodologia

Il disegno dello studio ha previsto la conduzione di una indagine campionaria di tipo trasversale attraverso la somministrazione di un questionario standard e validato (Appendice A).

La popolazione in studio è costituita dalle donne immigrate provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) che hanno partorito, in un definito periodo (orientativamente 5/6 mesi), presso i centri nascita partecipanti e dalle donne italiane che hanno partorito, in un definito periodo, presso gli stessi centri nascita.

Il protocollo di studio ha previsto la raccolta di circa 1700 interviste a donne di nazionalità straniera e circa 500 di nazionalità italiana.

È stato effettuato un campionamento di tipo pseudo probabilistico in quanto sono state intervistate tutte le donne di nazionalità straniera corrispondenti ai criteri di inclusione, che hanno partorito nel periodo di tempo definito fino al raggiungimento della quota stabilita.

L'arruolamento delle donne italiane è stato pianificato con ciascun centro: preferibilmente si sono arruolate tutte le donne italiane corrispondenti ai criteri di inclusione, che hanno partorito in quel centro a settimane alternate.

Le donne sono state arruolate poco prima della dimissione dalla struttura e mediatrici culturali/intervistatrici precedentemente formate hanno somministrato il questionario previo consenso informato.

Sono state escluse dallo studio donne con gravi situazioni patologiche, a carico della stessa o del bambino, tali da non permettere la somministrazione del questionario.

In particolare, sono state escluse donne e neonati con le seguenti complicanze:

- donne con perdita ematica > 1000 cc;
- donne con infezione della sutura episiotomica o della sutura laparotomica da Taglio Cesareo (TC), da endometrite, da infezione pelvica, con febbre $\geq 38^{\circ}\text{C}$;
- donne con patologie a loro carico o del neonato tali da rendere improponibile la somministrazione del questionario.

Il questionario utilizzato ha previsto prevalentemente domande con risposte chiuse, ossia risposte già previste e precodificate, ed è articolato in 3 sezioni:

- *Prima sezione:* gravidanza;
- *Seconda sezione:* parto e puerperio;
- *Terza sezione:* stato di salute della madre, del neonato e informazioni socio-demografiche.

L'ISS ha fornito il supporto metodologico attraverso la preparazione del materiale per la conduzione del progetto (questionari, manuale per la somministrazione e la codifica del questionario), selezione dei centri nascita, formazione delle mediatrici culturali e/o intervistatrici, analisi e divulgazione dei dati.

I dati rilevati dal questionario sono stati archiviati su un database creato ad hoc presso l'ISS. Tutte le analisi, descrittive e di associazione multivariata, sono state effettuate con il software STATA versione 11.

Risultati delle due indagini

I risultati delle due indagini sono organizzati per argomento e presentati in forma integrata. Nelle Tabelle si ritrovano i dati dell'indagine quantitativa mentre quelli emersi dallo studio qualitativo sono riportati nei riquadri "Le mamme si raccontano" con stralci delle interviste su fondo grigio e le informazioni salienti della donna (numero di intervista, paese di origine ed età).

Centri nascita partecipanti all'indagine quantitativa e rispondenza

All'indagine quantitativa hanno partecipato 18 centri nascita, selezionati per l'alta presenza di cittadine straniere che vi affluiscono, concentrati soprattutto in città del centro-nord Italia.

In dettaglio i centri nascita che hanno partecipato sono stati:

- *Piemonte* Ospedale Maria Vittoria, Torino
- *Lombardia* Ospedale Pesenti Fenaroli, Alzano Lombardo (Bergamo)
Spedali Civili, Brescia
Ospedale Vittore Buzzi, Milano
Istituto Luigi Mangiagalli, Milano
Ospedale San Gerardo il Vecchio, Monza
- *Trentino-Alto Adige* Ospedale Santa Maria del Carmine, Rovereto (Trento)
Ospedale Santa Chiara, Trento
- *Veneto* Ospedali di Bassano del Grappa e Thiene (Vicenza)
Ospedale Villa Salus, Mestre (Venezia)
- *Friuli-Venezia Giulia* Area Vasta Materno-infantile (3 centri nascita), Pordenone
- *Emilia Romagna* Arcispedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia
- *Lazio* Ospedale Grassi, Ostia (Roma)
Ospedale San Pietro Fatebenefratelli, Roma
- *Abruzzo* Ospedale Civile dello Spirito Santo, Pescara
- *Puglia* Ospedale Di Venere, Bari
Ospedali Riuniti, Foggia
- *Sicilia* Policlinico universitario G. Martino, Messina

Sono state contattate complessivamente 2213 donne delle quali 2090 hanno accettato l'intervista, con un tasso di rispondenza del 94,4%, variabile dall'80% di Messina al 100% di Bassano/Thiene, Reggio Emilia, Milano (Mangiagalli) e Trento.

Aspetti socio-demografici, geografici e di integrazione delle rispondenti

Delle donne intervistate nell'indagine quantitativa, 1564 erano di cittadinanza straniera e 526 erano italiane. Nella Tabella 2 viene presentata, per ciascun centro nascita, la composizione delle donne intervistate per area geografica di provenienza.

Tabella 2. Area geografica di provenienza per centro nascita nell'indagine quantitativa

Centro nascita	Est Europa	Asia	Africa	Centro-Sud America	Straniere n.			Italiane	Totale
	%	%	%	%	<i>rispondenti</i>	<i>missing</i>	<i>totale</i>	<i>n.</i>	<i>n.</i>
Torino	53,1	2,0	36,7	8,2	98	0	98	30	128
Bergamo	31,5	10,1	50,6	7,9	89	0	89	30	119
Brescia	22,7	31,8	37,3	8,2	100	0	100	30	130
Milano (Buzzi)	12,0	42,0	16,0	30,0	100	0	100	31	131
Milano (Mangiag.)	7,8	15,7	20,6	55,9	102	0	102	28	130
Monza	33,7	8,4	29,5	28,4	95	4	99	41	140
Rovereto	42,9	17,1	31,4	8,6	70	0	70	0	70
Trento	50,6	7,6	32,9	8,9	79	0	79	45	124
Bassano/Thiene	50,7	8,7	34,7	6,0	150	0	150	39	189
Mestre	44,0	32,0	12,0	12,0	50	0	50	30	80
Pordenone	53,8	6,6	33,0	6,6	106	0	106	30	136
Reggio Emilia	14,1	44,6	41,3	0,0	92	0	92	34	126
Ostia	73,7	10,1	10,1	6,1	99	1	100	29	129
Roma	55,5	13,6	16,4	14,6	110	2	112	30	142
Pescara	58,1	12,9	21,5	7,5	93	0	93	20	113
Bari	63,4	12,2	14,6	9,8	41	2	43	26	69
Foggia	81,4	4,7	9,3	4,7	43	0	43	27	70
Messina	51,5	24,2	21,2	3,0	33	5	38	26	64
Totale	42,4	16,6	27,6	13,4	1550	14	1564	526	2090

La maggioranza delle donne, il 42,4%, proviene dai Paesi dell'Est Europa, il 27,6% dai Paesi africani, il 16,6% da Paesi asiatici e il 13,4% da Paesi del Centro-Sud America. I Paesi più rappresentati sono nell'ordine la Romania (267 donne), il Marocco (191 donne), l'Albania (139 donne), la Cina (105 donne), la Polonia (58 donne), il Perù (52 donne) e l'Ecuador (52 donne) (Tabella 3). I centri nascita che si distinguono per una diversa composizione dell'area geografica di provenienza sono Bergamo con una maggioranza di donne africane, Milano (Buzzi) e Reggio Emilia con una maggioranza di donne asiatiche e Milano (Mangiagalli) con una maggioranza di donne centro-sudamericane.

Le donne provenienti dall'Est Europa e dall'Asia sono tendenzialmente le più giovani: il 59,3% ha un'età inferiore ai 30 anni verso il 22,0% delle italiane, il 47,4% delle africane e il 42,8% delle centro-sudamericane. Tendenzialmente le straniere sono 4 anni più giovani delle italiane con una età media di 29 anni verso i 33 anni delle italiane (Tabella 4).

Tabella 3. Nazionalità prevalenti per area geografica di provenienza nell'indagine quantitativa

Area	n.	Nazionalità prevalenti
Est Europa	661	Romania (267), Albania (139), Polonia (58), Moldova (42), Serbia (34), Ucraina (32) Macedonia (22)
Asia	252	Cina (105), Filippine (40), Bangladesh (30), Sri Lanka (21)
Africa	428	Marocco (191), Egitto (50), Tunisia (39), Algeria (27), Nigeria (27), Senegal (28)
Centro-Sud America	209	Perù (52), Ecuador (52), Brasile (29), Cuba (23)

Tabella 4. Caratteristiche socio-demografiche (%) di tutte le donne intervistate

Variabili	Est Europa n. 661	Asia n. 252	Africa n. 428	Centro-Sud America n. 209	Totale straniere n. 1550	Totale italiane n. 526
Età						
< 30	59,3	60,3	47,4	42,8	54,0	22,0
30-34	27,8	25,8	35,8	33,7	30,5	41,8
> 34	12,9	13,9	16,8	23,6	15,6	36,3
Età media	28	29	30	30	29	33
Stato civile						
Coniugata	75,6	83,3	91,1	55,5	78,4	79,5
Nubile	20,8	15,5	7,9	40,7	19,0	18,8
Separata/divorziata/vedova	3,6	1,2	0,9	3,8	2,5	1,7
Anni di studio						
≤ 8	21,1	32,9	26,0	12,1	23,2	17,7
9-15	61,4	55,4	57,4	67,2	60,1	53,3
> 15	17,4	11,7	16,6	20,8	16,7	29,0
Parità						
Primipara	54,5	41,7	40,8	44,0	47,2	54,5
Pluripara	45,5	58,3	59,3	56,0	52,8	45,5
% con 2 o più figli	10,9	16,5	28,3	18,0	17,4	14,6
Occupazione						
Non occupata	37,4	47,0	68,1	22,8	45,5	20,1
Occupata	62,6	53,0	31,9	77,2	54,5	79,9

Il 78,4% delle donne risulta coniugata, tale percentuale sale al 91,1% per le africane mentre scende drasticamente al 55,5% per le donne provenienti dal Centro-Sud America. Tra le straniere, le centro-sudamericane risultano essere quelle con un maggior numero di anni di studio effettuati, solo il 12,1% ha non più di 8 anni di studio verso il 17,7% delle italiane e il 32,9% delle asiatiche, il gruppo di donne che risulta meno istruito. In generale la maggioranza delle donne ha dichiarato di avere un impiego al momento dell'intervista con percentuali variabili da 53,0% per le asiatiche a 77,2% delle sudamericane e 79,9% delle italiane, l'unica eccezione riguarda le africane che risultano occupate solo nel 31,9% dei casi. Circa il 41% delle donne asiatiche e africane e il 44,0% delle sudamericane sono primipare verso il 54,5% di primipare tra le italiane e le donne dell'Est Europa. Questo ultimo dato, così diversificato per area di provenienza, appare ancora più estremo se letto alla luce della più giovane età delle donne straniere rispetto alle italiane.

Il 31,1% e il 53,7% delle donne centro-sudamericane e africane rispettivamente dichiarano di risiedere in Italia da meno di 5 anni; da meno di 1 anno le percentuali sono rispettivamente

4,9% e 19,1%. Il flusso migratorio dal Sud America appare quindi quello di più lunga data mentre quello dall'Africa risulta essere il più recente e attivo (Tabella 5).

Tabella 5. Caratteristiche (%) legate all'immigrazione delle donne straniere intervistate

Variabili	Est Europa n. 661	Asia n. 252	Africa n. 428	Centro-Sud America n. 209	Totale straniere n. 1550
Permanenza in Italia					
< 1 anno	7,4	14,0	19,1	4,9	11,4
1-4 anni	35,6	33,2	34,6	26,2	33,7
5-9 anni	40,8	34,0	31,8	42,7	37,4
≥ 10 anni	16,3	18,8	14,6	26,2	17,6
Ragione della migrazione					
Lavoro	44,0	43,7	22,7	48,6	38,6
Politica	0,9	0,4	1,4	1,4	1,0
Famiglia	44,6	51,6	71,7	35,6	52,0
Altro	10,6	4,4	4,2	14,4	8,3
Situazione legale					
Cittadina italiana	5,9	2,4	4,7	14,4	6,1
Permesso di soggiorno	80,9	83,7	83,6	79,3	81,9
In attesa di permesso di soggiorno	3,6	6,3	8,7	2,4	5,3
STP	9,6	7,5	3,0	3,8	6,7
Iscrizione SSN					
Sì, permesso di soggiorno	80,8	86,5	89,4	83,0	84,4
Sì, per gravidanza	10,7	6,3	6,6	12,1	9,0
No, STP	6,0	6,3	2,4	2,4	4,6
No, non sapeva	2,5	0,8	1,7	2,4	2,0
Conoscenza lingua					
Buona/sufficiente	87,3	44,1	51,3	92,3	70,9
Scarsa/no	12,7	56,0	48,7	7,7	29,1

Per il 52,0% delle donne straniere la ragione principale della migrazione è il ricongiungimento familiare; per il 38,6% è il lavoro.

Le ragioni della migrazione sono in ugual misura il lavoro e il ricongiungimento familiare per le donne dell'Est Europa, circa 44%; per le donne asiatiche e africane la ragione principale è il ricongiungimento familiare, 51,6% e 71,7% rispettivamente; mentre per le donne centro-sudamericane è il lavoro, 48,6%. La grande maggioranza delle donne, dall'86,1% (Asia) al 93,7% (Centro-Sud America) ha un regolare permesso di soggiorno o ha la cittadinanza italiana. Sono donne STP (Straniero Temporaneamente Presente), sigla che nasconde condizioni in generale di minore tutela, il 9,6% delle donne dell'Est Europa, il 7,5% delle donne asiatiche e il 3-4% delle donne africane e centro-sudamericane. Non sono iscritte al Servizio Sanitario Nazionale perché STP o perché non sapevano il 7-8% delle donne dell'Est Europa e dell'Asia e il 4-5% delle donne asiatiche e centro-sudamericane.

Dichiarano di avere problemi di comunicazione soprattutto le donne provenienti dalle aree geografiche dove i flussi migratori sono più recenti e attivi, in particolare, dichiarano una scarsa o nulla conoscenza della lingua italiana il 56,0% delle donne asiatiche e il 48,7% delle donne africane. Queste percentuali scendono al 12,7% per le donne dell'Est Europa e al 7,7% per le donne del Centro-Sud America.

Per quanto riguarda le difficoltà incontrate nell'essere assistita in gravidanza (Tabella 6), le straniere citano oltre alle difficoltà di comunicazione (23,9%) anche i problemi economici

(16,1%) e di tempo (19,5%); i rispettivi valori per le italiane sono 5,0%, 5,7% e 14,1%. Le donne asiatiche e le africane, che hanno dichiarato una minore conoscenza della lingua italiana, citano con maggiore frequenza le difficoltà di comunicazione, 40,6% e 36,0% rispettivamente. Complessivamente le donne che hanno dichiarato di aver avuto almeno una difficoltà sono state il 46,2% delle straniere e il 29,3% delle italiane.

Tabella 6. Difficoltà incontrate (%) nell'essere assistita in gravidanza

Tipo di difficoltà	Est Europa n. 661	Asia n. 252	Africa n. 428	Centro-Sud America n. 209	Totale straniere n. 1550	Totale italiane n. 526
Accesso a strutture pubbliche	11,2	15,9	10,8	22,5	13,4	11,6
Comunicazione	12,1	40,6	36,0	15,8	23,9	5,0
Problemi economici	15,2	12,4	17,5	20,6	16,1	5,7
Problemi di tempo	15,4	21,5	22,4	24,4	19,5	14,1
Altro	3,0	4,9	2,7	2,4	3,2	5,6
% donne che dichiarano 1 o più difficoltà	35,5	58,7	52,7	50,7	46,2	29,3

Per le donne straniere il fattore più significativo associato con l'aver incontrato almeno una difficoltà è il tipo di assistenza, con un rischio ridotto per chi è assistito da privato rispetto al pubblico (OR=0,60, IC 95%: 0,45-0,80) ma anche per chi è assistito da Consultorio Familiare (CF) (OR=0,68, IC 95%: 0,53-0,88); si rileva una riduzione del rischio con l'aumentare degli anni di permanenza in Italia; rispetto alle donne dell'Est Europa tutte le altre straniere hanno un rischio tendenzialmente raddoppiato o più che raddoppiato. Le donne senza permesso di soggiorno sono a maggior rischio di incontrare difficoltà (OR=1,71, IC 95%: 1,10-2,65) (Tabella 7).

Tabella 7. Fattori associati con almeno una difficoltà incontrata in gravidanza – straniere

Fattori	n.	≥1 difficoltà	OR	IC 95%
Anni di istruzione	<16anni	1209	47,3	1
	≥16anni	253	41,9	0,87
Permesso soggiorno	si	1303	44,1	1
	in attesa	77	63,6	1,64
	no	101	57,4	1,71
Assistita da:	pubblico	622	54,0	1
	privato	370	36,2	0,60
	CF	502	43,8	0,68
Anni in Italia	<5	663	54,5	1
	5- 9	550	41,5	0,67
	≥10	266	36,1	0,49
Area geografica	Europa Est	626	35,5	1
	Asia	247	58,7	2,54
	Africa	404	52,7	2,01
	Centro-Sud America	207	50,7	2,24

LE MAMME SI RACCONTANO

L'immigrazione

Il motivo principale dell'emigrazione si conferma essere la ricerca di migliori condizioni di vita e di maggiori opportunità, anche se non sempre il percorso migratorio sembra essersi svolto secondo le aspettative: molte le delusioni rispetto a ciò che si desiderava, alle condizioni che si sperava di trovare nel nostro Paese.

Come mai sei venuta in Italia? Per lavorare, perché si guadagna di più. (Int 54, Romania, 35 anni)

Da quanto tempo sei in Italia? Sono venuta 6 anni fa da sola con la mia prima figlia, aveva 2 anni, poi dopo è venuto mio marito e la famiglia. Come mai sei venuta in Italia? In Romania non ci stavano le condizioni, volevo provare una vita nuova. Ti piace stare in Italia? Sì, ma io giro. Abiti con la tua famiglia? In una casa? Abitiamo tutti insieme in un campo. Lavori? No, faccio da mangiare, pulisco, guardo i bambini. E tuo marito? Che lavoro fa? Mio marito fa il guardiano alle macchine. (Int 37, Romania, rom, 26 anni)

Cosa hai studiato in Romania? Sono diplomata, scuola di disegno tecnico poi ho fatto una specializzazione di due anni, poi la commessa per dieci anni. Pensi di cambiare lavoro? Sì, anche in ospedale o guardare i bambini; quando sono arrivata in Italia ho visto corsi di parrucchiere, estetista ma costavano molto... voglio cambiare perché ma fino a quando posso pulire? Non sono più tanto giovane: non è bello e è faticoso. (Int 12, Romania, 34 anni)

Ma tu lavori qui in Italia o hai lavorato? No. Neanche in Tunisia lavoravi? No perché in Tunisia solo a università e dopo quando matrimonio, io non ho compiuto l'università, tre anni solo. Lasciato un anno, che quasi finito. [...] Ti dispiace un po' che non hai finito l'università? Sì (sospirando). Sembri nostalgica. Mi manca. Sì perché... quando ha fatto matrimonio ho detto che forse in Italia c'è altra cose, altra opportunità. Non trovare niente (ride). Invece non hai trovato niente. Tu pensavi di avere qualcosa di più qui? Sì, sì, sì. [...] Non ho fatto perché cultura a Tunisia è meglio, tutto meglio perché c'è, tante lingue. Noi: francese, l'inglese, l'italiano, l'arabo, il mare... tutto! Ci sono tante università in Tunisia? Tante opportunità. (Int 10, Tunisia, 37 anni)

Tu lavoravi nel tuo Paese? Sì. E questo ti manca? Sì. Vorresti fare la stessa cosa che facevi al tuo Paese o non lo sai, qual è la tua idea? Non so perché sono in un Paese che non è il mio. Posso fare un'altra cosa. Cosa ti piacerebbe e cosa pensi invece che riuscirai a fare? Non lo so. Adesso sono in una scuola per imparare l'italiano. Però dopo non so che lavoro trovare. Il tuo desiderio quale sarebbe? Qualcosa che possa fare, lo faccio. Qualsiasi cosa? No, qualsiasi cosa che io possa fare. (Int 2, Santo Domingo, 26 anni)

Tu che lavoro fai adesso? Cioè, in Albania faceva insegnante, mi sono diplomata per insegnante di matematica. Qua siccome no mi riconoscono la diploma perché in Albania è un Paese extracomunitario eccetera, eccetera, faccio lavoro di pulizie allora, all'università di Trento. Per adesso. E come ti vivi questa cosa? All'inizio... Male? Malissimo diciamo. Ma ho da due anni circa che lavoro, e adesso so che sono occupata. E quello che devo fare devo fare. Sai che almeno hai un lavoro sicuro. Sì. Ecco. (Int 7, Albania, 24 anni)

Primi contatti con il sistema assistenziale

Ai primi sospetti di essere incinta, la maggioranza delle donne, 66,5% delle straniere e 86,7% delle italiane, ricorre al test di gravidanza acquistato in farmacia per averne conferma (Tabella 8). Il 7,7% delle straniere effettua una visita ginecologica e il 6,9% (12,9% delle africane) ricorre invece al pronto soccorso. Usufruisce del CF il 5,4% delle straniere verso l'1,1% delle italiane.

Tabella 8. Prime strutture di riferimento e l'assistenza durante la gravidanza (%)

Variabile	Est Europa n. 661	Asia n. 252	Africa n. 428	Centro-Sud America n. 209	Totale straniere n. 1550	Totale italiane n. 526
Cosa ha fatto quando ha pensato di essere incinta						
Ho acquistato un test di gravidanza	75,0	62,6	53,6	70,3	66,5	86,7
Sono andata al consultorio	4,2	6,4	7,0	4,8	5,4	1,1
Sono andata al Pronto Soccorso	4,2	6,0	12,9	4,3	6,9	1,5
Sono andata all'ambulatorio per straniere	0,8	4,8	1,9	1,4	1,8	0,0
Ho fatto una visita di medicina generale	3,2	5,6	8,0	3,3	4,9	0,2
Ho fatto una visita ginecologica	7,9	4,4	9,4	7,7	7,7	4,6
Altro	4,7	10,4	7,3	8,1	6,8	5,9
Qual è stata la prima struttura a cui si è rivolta per essere seguita durante la gravidanza						
Ospedale	24,1	37,7	34,8	30,6	30,2	24,3
Consultorio familiare	28,8	28,6	34,4	31,6	30,7	7,2
Pronto soccorso	4,1	2,4	4,7	4,8	4,1	0,4
Altra struttura pubblica	11,4	17,9	8,2	8,6	11,2	6,1
Struttura di volontariato	0,9	1,2	0,7	1,9	1,0	0,0
Struttura privata	28,9	11,5	12,9	20,6	20,5	62,0
Struttura nel proprio Paese	1,8	0,8	4,4	1,9	2,4	0,0
Da chi è stata seguita principalmente durante la gravidanza						
Medico di famiglia	2,9	6,3	4,0	2,4	3,7	0,8
Ambulatorio di volontariato	0,6	1,2	0,9	1,9	1,0	0,2
Consultorio familiare	33,7	31,8	39,6	28,7	34,3	6,3
Ostetrica di struttura pubblica	4,7	25,0	7,5	5,3	8,9	2,7
Ostetrica di struttura privata	0,8	0,8	0,2	0,0	0,5	1,0
Ginecologo/a privato	19,0	10,3	8,2	14,4	14,0	38,8
Ginecologo/a privato in ospedale	12,1	4,0	8,4	11,0	9,6	38,0
Ginecologo/a di una struttura pubblica	24,3	20,6	27,4	36,4	26,2	12,2
Operatore del proprio Paese	2,0	0,0	3,7	0,0	1,9	0,2

Per il 30,7% delle donne straniere la prima struttura di riferimento è stato il CF, circa la stessa percentuale di donne, 30,2%, si è rivolta ad una struttura ospedaliera. Il 20,5% delle straniere verso il 62,0% delle italiane si è rivolto invece ad una struttura privata. Questo primo contatto con le strutture assistenziali si diversifica tra italiane e straniere quando consideriamo la struttura/figura professionale che ha seguito tutta la gravidanza. In particolare, delle donne straniere che si sono rivolte in prima istanza alla struttura ospedaliera, il 66,2% si fa seguire successivamente da ostetrica o ginecologo di struttura pubblica e il 14,3% da privati mentre per le italiane tali percentuali sono rispettivamente 39,9% e 55,5%. Rispetto all'area geografica di provenienza, risulta particolarmente alta la percentuale di gravidanze seguite da ostetrica di struttura pubblica per le asiatiche, 25,0%.

Il 42,3% delle straniere verso il 28,9% delle italiane preferirebbe essere assistita da una donna a fronte di un 5,5% e 11,4% rispettivamente che dichiara invece una preferenza per il personale di sesso maschile (Tabella 9). Se consideriamo l'area di provenienza, la preferenza per una donna viene indicata dal 50,8% delle donne asiatiche e dal 56,8% delle donne provenienti dall'Africa, quindi una preferenza che sembra rappresentare una caratterizzazione di tipo culturale o religioso.

Tabella 9. Preferenza dichiarata nell'assistenza in gravidanza (%)

Preferenza	Est Europa n. 661	Asia n. 252	Africa n. 428	Centro-Sud America n. 209	Totale straniere n. 1550	Totale italiane n. 526
Uomo	7,3	3,2	3,3	7,2	5,5	11,4
Donna	30,6	50,8	56,8	39,2	42,3	28,9
Indifferente	62,1	46,0	40,0	53,6	52,2	59,7

LE MAMME SI RACCONTANO

Scelta tra il servizio pubblico e il privato

I risultati dello studio qualitativo confermano le diverse scelte relative ai servizi sanitari in gravidanza e approfondiscono le motivazioni che possono esserci alla base di tali decisioni. Come già emerso dai risultati del questionario, anche nel campione di donne intervistate ci sono state coloro che hanno scelto di essere seguite dal servizio pubblico e quelle che hanno preferito il ginecologo privato. È interessante, indipendentemente dalle scelte effettuate, indagare le ragioni di tali preferenze: in generale, sembra che le scelte siano dettate dal desiderio di avere una persona unica di riferimento, che si "prenda cura di te" durante l'intero periodo.

Hai avuto mai bisogno di qualcosa che non hai chiesto? Volevo che il ginecologo fosse più presente, invece non lo era. Che vuol dire? lo leggevo sempre le riviste delle donne incinte. In italiano? Sì. Che dicevano che il ginecologo gli dava pure il numero di telefono. Lui non te l'ha dato? No. Tu non gliel'hai mai chiesto? No, forse per quello. Forse perché lui era maschio, io sono femmina. Perciò un po' di insoddisfazione ti è rimasta. Sì. Tu avresti voluto il numero di telefono, che lui ti dicesse: "Mi chiami quando c'è qualcosa che non va". Sì. Ecco, per esempio, quando ti sono venute le contrazioni tu non hai potuto chiamarlo. No. (Int 33, Ecuador, 20 anni)

Ma tutte le volte che venivi e trovavi le persone diverse... In consultorio, era sempre diversa. Sempre diverso. Dottoressa diversa, sempre. Questa cosa di non avere una persona ti è dispiaciuto? Sì, un po' sì. Un po' sì. Perciò se ti... Perché sempre aveva un po' de problema, sai? Un pochettino. No sempre, però... Por esempio: io devo ripetere sempre tutto quando vengo, al medico. Per esempio, alla fine no, però a metà de gravidanza devo raccontare tutto perché devo raccontare tutto un'altra volta. Anche dò la cartela, però devo ripetere tutto. (Int 2, Santo Domingo, 26 anni)

Perché deve venire ogni volta che viene un medico diverso? Alla fine della gravidanza nessuno sa niente e tu non sai neanche niente. Io se devo fare un'altra gravidanza scelgo un altro ginecologo, privato, perché non me fido del sistema così. Tranne partorire. [...] Perché non è uguale. Quando tu ti scegli un medico dall'inizio fino alla fine ti conosce già, come persona. Sa le tue cose, non che ogni volta che tu vieni devi spiegare tutto di nuovo a quel ginecologo. Vedono quello che c'è scritto punto e basta. Tu sei un oggetto, tu non sei un paziente, una persona, sei un oggetto. Perché c'è scritto così, e quest'oggetto ha queste caratteristiche e allora io devo fare questo. Troppo meccanico, non ha niente di umano. Troppo lontano dalla persona... È una cosa meccanica, non è una cosa umana. [...] No, no, no. È un problema questo. È che comunque noi siamo essere umani, non siamo macchine. (Int 4, Cuba, 36 anni)

Cosa significa per voi scegliere un privato? Secondo me un po' di... no?... un privato tu lo sai... come che tutti... tu poi tutta la tua... e poi c'è tutta... come un dottore che lo sa quale è tuo bisogno tutto... di te... Cioè più attenzione a te, dici, mentre un pubblico... Lui lo sa tutto di quale è il tuo bisogno... Perché è più vicino a te, perché secondo te un ginecologo qui è differente? No, solo che... è... Cioè ti senti più... come si dice... è come se prendessero cura di te "take care" meglio... Sì. (Int 31, Filippine)

A 3 mesi dal concepimento il 12,8% delle straniere e il 5,4% delle italiane non ha ancora effettuato una prima visita di controllo. Per le asiatiche tale percentuale sale al 17,8% (Tabella 10). Per quanto riguarda la frequenza delle visite di controllo nel primo trimestre di gravidanza,

il 59,2% delle straniere e il 67,9% delle italiane ha effettuato almeno una visita al mese. Nel secondo e terzo trimestre le differenze per cittadinanza si attenuano.

Tabella 10. Visite di controllo in gravidanza per trimestre (%)

Visita	Est Europa n. 661	Asia n. 252	Africa n. 428	Centro-Sud America n. 209	Totale straniere n. 1550	Totale italiane n. 526
Prima visita di controllo						
Oltre i tre mesi	11,7	17,8	10,9	14,6	12,8	5,4
Frequenza delle visite di controllo durante la gravidanza						
<i>Primo trimestre</i>						
Mai	7,1	13,2	11,0	12,9	10,0	2,1
Meno di una volta al mese	31,6	23,1	31,5	36,4	30,8	30,0
Una volta al mese	51,6	53,4	46,5	40,7	49,0	60,1
Più di una volta al mese	9,7	10,4	11,0	10,1	10,2	7,8
<i>Secondo trimestre</i>						
Mai	2,1	1,6	2,3	0,5	1,9	0,8
Meno di una volta al mese	22,1	16,7	21,4	13,9	19,9	23,4
Una volta al mese	61,7	68,9	58,0	74,2	63,6	65,5
Più di una volta al mese	14,0	12,8	18,3	11,5	14,7	10,3
<i>Terzo trimestre</i>						
Mai	0,9	1,6	1,6	0,5	1,2	0,4
Meno di una volta al mese	19,9	12,7	17,6	8,1	16,5	21,8
Una volta al mese	60,6	69,4	55,9	67,0	61,6	61,7
Più di una volta al mese	18,6	16,3	24,9	24,4	20,8	16,1

Ritardare la prima visita in gravidanza oltre i 3 mesi dal concepimento può nascondere situazioni di criticità per la donna che hanno riflessi in tutto il percorso nascita. Per le straniere, sono stati indagati con un modello logistico i fattori potenzialmente associati con l'effettuazione della prima visita oltre il terzo mese di gravidanza. Il rischio di ritardare la prima visita è risultato più alto per le donne con istruzione inferiore rispetto a chi ha almeno 16 anni di scolarità, OR= 1,88 (IC 95%: 1,05-3,38), per le pluripare, OR=1,62 (IC 95%: 1,20-2,18), per chi non ha il permesso di soggiorno, OR=3,00 (IC 95%: 1,46-6,20), per le cittadine asiatiche rispetto alle donne provenienti dall'est Europa, OR=1,66 (IC 95%: 1,14-2,44) (Tabella 11).

Tabella 11. Fattori associati con prima visita >3 mesi per le donne straniere intervistate

Fattore	n.	% prima visita >3 mesi	OR	IC 95%
Istruzione medio alta	260	7,3	1	
Istruzione medio bassa	1222	13,4	1,88	1,05-3,38
Est Europa	642	11,6	1	
Asia	242	17,8	1,66	1,14-2,44
Africa	414	10,9	0,97	0,65-1,45
Centro-Sud America	206	14,6	1,43	0,88-2,34
Primipare	714	10,4	1	
Pluripare	797	14,9	1,62	1,20-2,18
Con permesso di soggiorno	1320	11,4	1	
In attesa permesso di soggiorno	78	15,4	1,50	0,69-3,26
Senza permesso di soggiorno	101	28,7	3,00	1,46-6,20

LE MAMME SI RACCONTANO

Le prime re-azioni

Una parte considerevole dell'intervista mirava ad approfondire il tema della gravidanza. Oltre ad affrontare la descrizione dell'iter intrapreso dalle donne al momento della scoperta dello stato di gravidanza, è stato a volte possibile indagare sui sentimenti e le emozioni che hanno accompagnato questo evento, inclusa la reazione alla notizia e le conseguenti riflessioni. Emerge in modo evidente che molto spesso la gravidanza viene vissuta come una scelta non facile, perché affrontata in un Paese diverso dal proprio, in un contesto di fragilità lavorativa ed economica. E così, molto spesso in queste donne convivono sentimenti diversi: dalla gioia per la maternità alle preoccupazioni per il presente, ai dubbi sul futuro.

E la gravidanza come è stata? Bella come il parto? Sì... solo che ho lavorato fino a settembre e alla fine ero un po' stanca... Non è stato possibile stare in maternità prima? No... il contratto non è definito e ho dovuto lavorare... (Int 19, Perù, 34 anni)

E hai smesso (di lavorare) quando sei rimasta incinta? Avevo un contratto a termine, finito il contratto, basta (ride). Hai finito il contratto e non te l'hanno rinnovato. Ma prima di rimanere incinta o...? Al momento stesso. Nel momento in cui sei rimasta incinta ti è finito il contratto e non te l'hanno rinnovato. Cos'è che facevi? Barista. Vivi col tuo compagno... Sì. E lui lavora? Mhm. Quindi insomma riuscite bene o male a... A sopravvivere sì (ride). Ma niente altro. Adesso è un periodo difficile perché sai, lavorando solo uno. Avendo affitto e tutti i conti da pagare... E un bambino. Eh, questa è dura. (Int 4, Cuba, 36 anni)

Una volta scoperto di essere incinta, cosa ha fatto? Detto mio marito... Non voleva altro figlio... Troppi soldi... Subito arrabbiare lui... Poi no! (Int 20, Marocco, 27 anni)

Cosa hai pensato quando hai scoperto di essere incinta? Non lo so, mi sono spaventata, ero preoccupata per il lavoro ma è bello avere un figlio, i primi mesi non sono stata tanto bene e non l'ho detto subito alla signora, poi quando la pancia si vedeva gliel'ho detto. Avevi paura che ti mandasse via? Sì. (Int 41, Georgia, 31 anni)

Tu lavoravi durante la gravidanza? Eh... no, ho lasciato. Hai lasciato il lavoro? Non ce la facevo. Appena sei rimasta incinta? Quando ho scoperto che... quando ho scoperto perché dopo non riuscivo io... dai vomiti dai... Sì sì sì e hai lasciato o sei... No, entrata in maternità anticipata... E che lavoro facevi? Pulizie. Pulizie. E poi ritornerai? Sì (ride) se no come facciamo? Con questa crisi ci mancherebbe... E per il lavoro adesso sei preoccupata? Per me no, perché io ce l'ho il lavoro, lui... è da dicembre che... Sta cercando... Cerca... (Int 23, Moldavia, 24 anni)

Essere madri in un Paese diverso dal proprio significa anche vivere un momento così importante in mancanza del supporto di familiari e amici.

Ti trovi bene? Sì sì, mi trovo bene... solo che mi mancano i miei genitori, mia mamma perché... anche lei soffre perché vuole... Eh sì... potrà venire a vedere la piccola, potrà stare...? Mah... verrà più tardi... adesso per il momento no... (triste) è questo che mi fa un po'... Eh sì... Star male... perché vorrei tantissimo che... Eh certo... riesci a sentirla abbastanza spesso? Sì sì, mi ha chiamato anche stamattina, ieri sera... Anche per lei sarà difficile pensare che sei qua... Eh sì, anche lei... cioè lo so che ha sofferto anche lei... Eh sì... Per questo motivo che non... secondo me una mamma... cioè sapere che tua figlia sta al proprio... da un altro... in un altro Paese che sta per partorire... allora... lei... Eh... Soffre, sta male perché sa che non... non può starmi vicino, darmi una mano diciamo anche moralmente. (Int 22, Ucraina, 23 anni)

Quindi in Romania la famiglia è di supporto alla donna che ha partorito. Molto. La mamma aiuta sempre. E anche le sorelle. In Italia noi stranieri siamo soli e non abbiamo tanti aiuti. (Int 18, Romania, 23 anni)

E ci sono anche i tuoi qui? Qua vivono i miei suoceri. I miei no, che mi mancano loro tanto. Questa è un'altra cosa che sono preoccupata. Perché sono disperata perché non... mi sento da sola. Vorresti che fossero qui. Ecco. Voleva tanto che fossero qua, vicino a me, così. Mi sentiva più... Soprattutto in questo momento. Soprattutto in questo momento. (Int 7, Albania, 24 anni)

Problemi di salute della donna, ricorso all'assistenza ospedaliera, prevenzione in gravidanza e tecniche di diagnosi prenatale

La prevalenza di patologie presenti durante la gravidanza è simile tra straniere e italiane per quanto riguarda obesità (4,9% vs 3,8%), diabete (7,0% vs 6,1%), ipertensione (6,8% vs 5,5%), problemi alla tiroide (3,0 vs 2,7) e malattie infettive (2,0% vs 1,9%) (Tabella 12).

La prevalenza di anemia e di infezioni delle vie urinarie risulta più alta tra le straniere rispetto alle italiane, (18,6% vs 14,3%) e (12,9% vs 7,3%) rispettivamente.

Se guardiamo all'area geografica di provenienza si rileva come tendenzialmente le donne africane abbiano in generale maggiori problemi di salute. Le più alte prevalenze di anemia e di infezioni delle vie urinarie si rilevano comunque per le donne provenienti dal Centro-Sud America, 24,4% e 20,6% rispettivamente.

Tabella 12. Problemi di salute in gravidanza (%)

Problema	Est Europa n. 661	Asia n. 252	Africa n. 428	Centro-Sud America n. 209	Totale straniere n. 1550	Totale italiane n. 526
Obesità	2,7	3,2	8,9	5,3	4,9	3,8
Diabete	5,3	7,6	10,5	4,3	7,0	6,1
Ipertensione	4,2	8,4	9,4	7,7	6,8	5,5
Problemi alla tiroide	2,7	0,8	3,8	5,3	3,0	2,7
Anemia	17,7	12,3	20,9	24,4	18,6	14,3
Malattie infettive	2,4	1,2	2,3	1,0	2,0	1,9
Infezioni vie urinarie	11,1	8,0	14,8	20,6	12,9	7,3

Durante la gravidanza hanno fatto ricorso al pronto soccorso il 48,7% delle donne straniere e il 40,4% delle donne italiane (Tabella 13). La motivazione prevalente del ricorso al pronto soccorso è stata "perché stavo male" per il 39,4% delle straniere e il 31,6% delle italiane. Nel 5,5% dei casi, percentuale simile per straniere e italiane, la motivazione è stata per "eseguire controlli in gravidanza" (% calcolate sul totale delle donne). Sono ricorse con maggiore frequenza al pronto soccorso le donne africane e centro-sudamericane, 55,4% e 59,3% rispettivamente. Hanno avuto un ricovero in ospedale durante la gravidanza il 17,4% delle straniere e il 13,5% delle italiane. Come per il ricorso al pronto soccorso si rileva una maggiore frequenza di ricoveri ospedalieri per le africane e le centro-sudamericane, 21,5% e 19,1% rispettivamente.

Tabella 13. Ricorso al pronto soccorso e ricoveri in ospedale durante la gravidanza (%)

Motivo richiesta assistenza	Est Europa n. 661	Asia n. 252	Africa n. 428	Centro-Sud America n. 209	Totale straniere n. 1550	Totale italiane n. 526
Ricorso al pronto soccorso						
Si, per eseguire controlli	5,1	6,7	7,0	2,4	5,5	5,3
Si, perché stavo male	35,1	31,7	44,4	52,2	39,4	31,6
Si controlli e perché stavo male	3,5	3,2	4,0	4,8	3,7	3,4
No	56,3	58,3	44,6	40,7	51,3	59,6
Ricoveri in ospedale						
Si, per eseguire controlli	2,4	3,2	3,3	2,4	2,8	3,2
Si, perché stavo male	9,8	4,8	12,4	12,4	10,1	7,6
Si controlli e perché stavo male	3,3	5,6	5,9	4,3	4,5	2,7
No	84,4	86,5	78,5	80,9	82,6	86,5

Durante la gravidanza hanno effettuato il rubeo-test il 37,8% delle cittadine straniere e il 72,0% delle italiane (Tabella 14). Questo dato però va letto considerando che tra le straniere è alta la percentuale di donne che non sanno se il test sia stato fatto, 52,5% verso il 11,2% delle italiane. Le percentuali sono particolarmente alte per le asiatiche e le africane; il 73,0% e il 62,2% rispettivamente non sono a conoscenza dell'effettuazione del test. Dichiarano di avere una storia di vaccinazione contro la rosolia il 36,4% delle straniere, con una prevalenza maggiore tra le cittadine sudamericane (48,3%), verso il 56,6% delle italiane. Tra le donne che ricordano di aver effettuato il test sono risultate negative il 64,1% delle donne straniere con valori più elevati, pari a circa il 71%, per le africane e le centro-sudamericane, e il 50,3% delle italiane. Se consideriamo soltanto le donne con storia di vaccinazione risultano negative al test il 69,1% delle straniere e il 42,8% delle italiane. Sebbene il dato delle straniere appaia di difficile lettura in quanto probabilmente minato da una distorsione determinata dall'alta percentuale di donne che non sanno dell'effettuazione del test, le percentuali di negatività risultano comunque eccessivamente alte e probabilmente sono la conseguenza dell'utilizzo di una soglia critica discriminante del test troppo elevata. Il test negativo quindi potrebbe non implicare necessariamente assenza di immunità (susceptibilità alla rosolia). Questo risultato indica l'opportunità di effettuare approfondimenti sull'argomento che esulano però dagli obiettivi di questo rapporto.

Il toxo-test è stato effettuato dal 58,0% delle straniere e dal 97,7% delle italiane (Tabella 14). Non ricordano di averlo effettuato il 36,3% delle straniere e lo 0,6% delle italiane. Tra le donne che ricordano di avere effettuato il toxo-test, il 74,0% delle straniere (in particolare le centro-sudamericane: 85,4%) e il 79,2% delle italiane sono risultate negative. Queste alte percentuali di test negativi confermano la ragionevolezza delle politiche sanitarie che escludono la necessità di effettuare lo screening della toxoplasmosi e l'importanza invece di effettuare attività di counselling per evitare di incorrere nell'infezione, come raccomandato nella recente linea guida sulla gravidanza fisiologica (17).

Sempre nella linea guida sulla gravidanza fisiologica viene raccomandato lo screening sierologico per l'epatite B per tutte le donne in gravidanza al fine di consentire, per le donne risultate positive, la programmazione di interventi risultati efficaci nel ridurre il rischio di trasmissione dell'infezione da madre a figlio. Ricordano di aver effettuato il test per la ricerca di antigene di superficie HBsAg il 51,9% delle straniere e l'82,5% delle italiane; non sanno il 40,0% e il 12,6% delle straniere e delle italiane rispettivamente (Tabella 14). Le asiatiche e le africane sono quelle meno informate. Hanno avuto una storia di vaccinazione contro l'epatite B il 24,1% delle straniere e il 33,0% delle italiane. È simile la prevalenza di donne HBsAg+ tra coloro che ricordano di aver effettuato il test, 5,2% e 3,2% per straniere e italiane; tra coloro che sono anche state vaccinate il 3,4% e il 5,5% di straniere e italiane rispettivamente sono risultate positive.

Come per i test, anche per gli screening su herpes simplex, sifilide e citomegalovirus sono alte le percentuali di donne che non sanno se sono stati eseguiti, circa il 56% delle straniere e circa il 20-30% delle italiane (Tabella 15). Le donne sembrano essere più informate sullo screening per l'HIV: non sanno se è stato eseguito il 39,6% delle straniere e il 7,1% delle italiane, sanno invece di averlo eseguito il 49,5% delle straniere e l'81,7% delle italiane. La non informazione sugli screening è sempre maggiore per le donne asiatiche e africane. Per l'interpretazione di questi risultati, si ricorda che la recente linea guida sulla gravidanza fisiologica (17) raccomanda gli screening dell'HIV e della sifilide per tutte le donne in gravidanza. Non è invece raccomandato lo screening dell'herpes simplex e, rispetto al citomegalovirus, lo screening non deve essere offerto in quanto non ci sono prove di efficacia a supporto dell'intervento.

Tabella 14. Test e vaccinazioni prima e durante la gravidanza (%)

Test	Est Europa n. 661	Asia n. 252	Africa n. 428	Centro-Sud America n. 209	Totale straniere n. 1550	Totale italiane n. 526
Rubeo-Test						
Rubeo-test durante la gravidanza						
<i>non so</i>	41,3	73,0	62,2	43,5	52,5	11,2
<i>no</i>	13,6	5,2	7,3	7,7	9,7	16,8
<i>si</i>	45,1	21,8	30,5	48,8	37,8	72,0
Dichiarano di essere state vaccinate contro la rosolia	38,3	27,4	32,9	48,3	36,4	56,6
Risultati negativi fra donne:						
<i>che hanno eseguito il test</i>	58,7	63,6	70,8	71,6	64,1	50,3
<i>che hanno eseguito il test e sono state vaccinate</i>	61,1	69,6	77,6	79,6	69,1	42,8
Toxo-test						
Toxo-test durante la gravidanza						
<i>non so</i>	26,6	52,0	47,2	25,4	36,3	0,6
<i>no</i>	7,0	2,0	6,1	5,7	5,7	1,7
<i>si</i>	66,4	46,0	46,7	68,9	58,0	97,7
Risultati negativi fra le donne che hanno eseguito il test	71,5	73,3	71,5	85,4	74,0	79,2
HBV (epatite B)						
Test HBV durante la gravidanza						
<i>non so</i>	31,3	52,0	50,0	32,5	40,0	12,6
<i>no</i>	9,5	4,4	8,9	6,7	8,1	5,0
<i>si</i>	59,2	43,7	41,1	60,8	51,9	82,5
Dichiarano di essere state vaccinate contro l'epatite B	26,8	24,4	18,8	26,0	24,1	33,0
Risultati HBsAg+ fra le donne:						
<i>che hanno eseguito il test HBV</i>	6,4	10,9	1,7	1,6	5,2	3,2
<i>donne che hanno eseguito il test e sono state vaccinate</i>	3,7	8,1	0,0	2,4	3,4	5,5

Tabella 15. Screening (%) durante la gravidanza

Screening	Est Europa n. 661	Asia n. 252	Africa n. 428	Centro-Sud America n. 209	Totale straniere n. 1550	Totale italiane n. 526
Herpes simplex	<i>no</i>	27,1	17,9	14,4	20,0	37,0
	<i>si</i>	27,3	17,0	16,5	22,0	33,1
	<i>non so</i>	45,6	65,0	69,1	58,0	29,9
Sifilide	<i>no</i>	23,6	12,1	11,8	20,0	33,7
	<i>si</i>	33,9	22,9	18,8	28,0	40,6
	<i>non so</i>	42,5	65,0	69,4	52,0	25,8
HIV	<i>no</i>	12,3	7,2	13,1	6,5	11,2
	<i>si</i>	57,5	36,6	36,5	63,5	81,7
	<i>non so</i>	30,2	56,2	50,4	30,0	7,1
Citomegalovirus	<i>no</i>	18,1	9,0	12,3	10,5	14,0
	<i>si</i>	36,3	23,4	19,0	34,5	64,8
	<i>Non so</i>	45,6	67,6	68,7	55,0	21,1

La tecnica di diagnosi prenatale più utilizzata è il bi-test più translucenza nucale (12,6% straniere e 38,1% italiane) (Tabella 16). Se consideriamo solo le donne con età maggiore di 34 anni, la tecnica citata più di frequente è l'amniocentesi (straniere 24,7% e italiane 40,5%). Nel complesso le donne straniere, e in particolare le asiatiche e le africane, ricorrono a tecniche di diagnosi prenatale in misura nettamente inferiore rispetto alle italiane sia per quanto riguarda le tecniche invasive che quelle meno invasive.

Tabella 16. Tecniche di diagnosi prenatale (%)

Tecnica		Est Europa	Asia	Africa	Centro-Sud America	Totale straniere	Totale italiane
Tutte le donne		n. 661	n. 252	n. 428	n. 209	n. 1550	n. 526
Bi-test+translucenza nucale	<i>no</i>	84,0	94,8	90,1	83,7	87,4	61,9
	<i>si</i>	16,0	5,2	9,9	16,4	12,6	38,1
Tri-test	<i>no</i>	83,8	93,6	89,9	88,4	87,7	83,6
	<i>si</i>	16,2	6,4	10,1	11,6	12,3	16,4
Amniocentesi	<i>no</i>	90,1	94,4	93,9	89,4	91,8	77,2
	<i>si</i>	9,9	5,6	6,1	10,6	8,3	22,8
Prelievo villi coriali (villocentesi)	<i>no</i>	97,7	98,8	97,4	98,6	97,9	92,9
	<i>si</i>	2,3	1,2	2,6	1,4	2,1	7,1
Donne di età >34 anni		n. 85	n. 35	n. 72	n. 49	n. 241	n. 190
Bi-test+translucenza nucale	<i>no</i>	88,0	97,1	94,4	89,8	91,6	73,2
	<i>si</i>	12,1	2,9	5,6	10,2	8,4	26,8
Tri-test	<i>no</i>	88,1	97,1	91,6	93,9	91,6	89,0
	<i>si</i>	11,9	2,9	8,5	6,1	8,4	11,1
Amniocentesi	<i>no</i>	66,7	82,9	87,3	67,4	75,3	59,5
	<i>si</i>	33,3	17,1	12,7	32,7	24,7	40,5
Prelievo villi coriali (villocentesi)	<i>no</i>	95,2	94,3	98,6	95,9	96,2	83,6
	<i>si</i>	4,8	5,7	1,4	4,1	3,8	16,4

Per quanto riguarda le fonti informative sulle tecniche di diagnosi pre-natale, il medico è citato dal 35,8% delle straniere verso l'84,2% delle italiane (Tabella 17). Tutte le fonti sono riferite dalle donne straniere con frequenze più basse rispetto alle italiane ad eccezione del CF citato dal 10,1% delle straniere verso il 3,9% delle italiane.

Tabella 17. Fonti informative sulle tecniche di diagnosi prenatale (%)

Fonti	Est Europa n. 661	Asia n. 252	Africa n. 428	Centro-Sud America n. 209	Totale straniere n. 1550	Totale italiane n. 526
Libri/riviste	13,2	5,6	7,7	12,5	10,3	33,3
Amiche/familiari	12,7	9,2	11,3	14,4	12,0	26,6
Medico	41,8	23,1	26,8	50,2	35,8	84,2
Ostetrica/infermiera	6,7	4,0	8,5	4,8	6,5	6,7
Consultorio familiare	11,5	5,2	13,6	4,8	10,1	3,9
Struttura di volontariato	0,5	0,4	0,2	0,0	0,3	0,4
Altro	2,4	1,6	1,7	2,9	2,1	5,8

Storia riproduttiva

Hanno avuto una storia di precedente aborto spontaneo il 20,1% delle donne straniere e il 19,1% delle donne italiane (Tabella 18), mentre hanno avuto una precedente IVG il 16,1% delle donne straniere e il 5,8% delle italiane. Per quanto riguarda le precedenti IVG, le donne africane hanno valori leggermente più elevati delle italiane mentre tutte le altre hanno valori nettamente più elevati.

Tabella 18. Precedenti interruzioni di gravidanza (%)

Interruzioni di gravidanza	Est Europa n. 661	Asia n. 252	Africa n. 428	Centro-Sud America n. 209	Totale straniere n. 1550	Totale italiane n. 526
Solo spontanee	15,0	16,4	18,9	23,1	17,4	18,7
Solo IVG	15,0	17,6	6,4	17,8	13,4	5,4
Spontanee e IVG	2,1	3,2	2,8	3,8	2,7	0,4
No	67,9	62,8	71,9	55,3	66,5	75,6

Le donne con precedente TC sono il 20,3% delle straniere e il 27,9% delle italiane (Tabella 19). Le donne provenienti dall'Est Europa e dall'Asia hanno fatto minore ricorso al TC nella gravidanza precedente, 15,6% e 18,5% delle donne rispettivamente. Risulta particolarmente elevato il ricorso a TC elettivo per le donne centro-sudamericane, 20,5%.

Tabella 19. Tipo di parto precedente (%)

Tipo parto	Est Europa n. 292	Asia n. 130	Africa n. 230	Centro-Sud America n. 113	Totale straniere n. 765	Totale italiane n. 229
Spontaneo	81,3	79,5	73,0	69,2	76,7	70,0
Operativo	3,0	2,1	4,4	0,9	2,9	2,1
Cesareo urgente	11,3	10,3	11,9	9,4	11,0	14,6
Cesareo elettivo	4,3	8,2	10,7	20,5	9,3	13,3

Hanno allattato al seno l'ultimo figlio per più di 3 mesi il 73,2% delle straniere e il 67,6% delle italiane (Tabella 20). Per le donne africane la percentuale di allattamento al seno oltre i 3 mesi sale all'85,7% mentre per le cinesi si rileva il valore più basso, 55,1%.

Tabella 20. Allattamento al seno ultimo figlio (in %)

Allattamento	Est Europa n. 292	Asia n. 130	Africa n. 230	Centro-Sud America n. 113	Totale straniere n. 765	Totale italiane n. 229
Sì >3 mesi	69,5	54,9	83,8	78,6	72,7	68,1
Sì <3 mesi	23,8	27,1	12,7	15,4	19,7	22,0
No	6,7	18,1	3,6	6,0	7,6	9,9

Acido folico

L'assunzione di acido folico in gravidanza è un tema di grande interesse per la sanità pubblica date le evidenze scientifiche emerse in anni relativamente recenti sulla utilità di questa vitamina per ridurre il rischio di alcune importanti malformazioni congenite (13). È un fenomeno in costante evoluzione, solo pochi anni fa, la prevalenza di assunzione di acido folico in periodo periconcezionale era stimata in circa il 4%. I risultati di questa indagine sulle straniere, relativamente all'acido folico, vanno quindi interpretati alla luce di quanto detto.

La maggioranza delle donne ha assunto acido folico a gravidanza iniziata, 58,5% delle straniere e 66,9% delle italiane (Tabella 21). L'acido folico è stato assunto nel periodo periconcezionale dal 6,4% delle straniere e dal 22,1% delle italiane. Tra le straniere l'assunzione di acido folico in periodo periconcezionale varia dal 5,3% delle sud-americane all'8,0% delle asiatiche.

Tabella 21. Assunzione di acido folico (%)

Assunzione	Est Europa n. 661	Asia n. 252	Africa n. 428	Centro-Sud America n. 209	Totale straniere n. 1550	Totale italiane n. 526
Si, in periodo periconcezionale	6,6	8,0	5,6	5,3	6,4	22,1
Si, a gravidanza iniziata	66,2	50,2	47,4	67,0	58,5	66,9
No	27,2	41,8	47,0	27,8	35,1	11,1

Alcuni fattori potenzialmente associati con l'assunzione di acido folico (istruzione, occupazione, parità e gravidanza attesa o programmata), sono stati indagati attraverso un'analisi multivariata con modello logistico separatamente per straniere e italiane.

Tra le donne straniere fattori associati sono risultati l'istruzione superiore, OR=1,80 (IC 95%: 1,13-2,86) e la gravidanza attesa, OR=1,81 (IC 95%: 1,08-3,03). Non si evidenzia alcuna associazione invece con l'occupazione e con la parità. Il modello per le italiane fornisce sostanzialmente gli stessi risultati con l'eccezione dell'occupazione che risulta un fattore fortemente associato, OR=3,14 (IC 95%: 1,50-6,57) (Tabella 22). Una possibile lettura di questo risultato è che lo stato di occupata rispetto all'essere casalinga per le italiane può connotarsi come elemento di socializzazione, di integrazione e di veicolazione delle informazioni (di empowerment) mentre per le straniere può non avere questa connotazione. Anche la mancata associazione, soprattutto per quanto riguarda le donne italiane, tra assunzione di acido folico e parità è un risultato che merita qualche considerazione. La scelta di assumere acido folico prima del concepimento costituisce infatti un indicatore di empowerment della donna. Per le donne italiane possiamo ragionevolmente ipotizzare che le pluripare siano state già esposte in passato all'assunzione di acido folico, e che forti della precedente esperienza, avrebbero dovuto farne un maggiore uso rispetto alle primipare. Questa ipotesi però non è supportata dai dati qui presentati. Rimane quindi aperta la questione del perché non emerga l'attivazione del processo di empowerment che sottende l'assunzione di acido folico tra le pluripare rispetto alle primipare. D'altra parte si può ipotizzare che le primipare, più giovani, abbiano una propensione maggiore alla ricerca autonoma di informazioni, anche tramite internet dove sono tanti i siti dedicati alla gravidanza e gli effetti che ne derivano in termini di empowerment potrebbero equivalere a quelli derivanti dalla esperienza di una precedente gravidanza annullando di fatto l'effetto della parità.

Tabella 22. Fattori associati con assunzione di acido folico in periodo periconcezionale

Fattori	Straniere				Italiane			
	n.	% peric	OR	IC 95%	n.	% peric	OR	IC 95%
Istruzione <16 anni	1255	6,0	1		361	18,3	1	
Istruzione ≥16 anni	262	10,7	1,80	1,13-2,86	148	31,8	1,89	1,21-2,96
Non occupate	697	6,0	1		102	8,8	1	
Occupate	838	7,2	1,18	0,78-1,79	409	25,4	3,14	1,50-6,57
Primipare	727	7,2	1		286	24,1	1	
Pluripare	822	6,1	0,97	0,64-1,47	238	19,3	0,95	0,61-1,49
Gravidanza non programmata	459	4,1	1		112	13,4	1	
Gravidanza programmata	1086	7,7	1,81	1,08-3,03	410	24,6	1,64	0,89-3,01

Ecografie in gravidanza

Da questa indagine è risultato che il numero medio di ecografie effettuate dalle donne straniere è pari a 4,6 (DS=2,3), circa 2 ecografie in meno rispetto alle italiane che ne effettuano in media 6,5 (DS=2,6) (Tabella 23). La percentuale di gravidanze con un numero di ecografie maggiore di 4 è invece pari al 39,8% per le straniere e 74,4% per le italiane. Le donne di cittadinanza asiatica effettuano meno ecografie rispetto alle altre pur rimanendo al di sopra dei valori raccomandati. La stessa analisi è stata effettuata dopo aver escluso le donne che hanno dichiarato la presenza di importanti patologie durante la gravidanza e i risultati sono rimasti sostanzialmente uguali.

Tabella 23. Ecografie in gravidanza

Indicatori	Est Europa	Asia	Africa	Centro-Sud America	Totale straniere	Totale italiane
Tutte le gravidanze						
n. gravidanze	637	247	408	207	1499	512
n. medio ecografie	4,9	3,9	4,6	4,9	4,6	6,5
DS ecografie	2,3	1,9	2,4	2,3	2,3	2,6
% ecografie >4	46,5	24,3	37,3	43,0	39,8	74,4
Gravidanze senza patologie						
n. gravidanze	365	162	188	85	800	294
n. medio ecografie	4,7	3,9	4,3	4,9	4,5	6,2
DS ecografie	2,2	1,8	2,3	2,3	2,2	2,3
% ecografie >4	43,6	24,1	33,5	42,4	37,1	73,1

Tra le donne straniere, il rischio di effettuare più di 4 ecografie è risultato associato in modo statisticamente significativo con: la parità, più basso per le pluripare: OR=0,69 (IC 95%: 0,54-0,87); con il tipo di assistenza, più elevato per assistenza privata: OR=3,07 (IC 95%: 2,30-4,09) e più basso per CF rispetto all'assistenza pubblica: OR=0,49 (IC 95%: 0,38-0,65); e con la cittadinanza, rischio più basso per le asiatiche rispetto alle donne dell'Est Europa: OR=0,45 (IC 95%: 0,31-0,64) (Tabella 24). La tendenza delle associazioni risulta simile nel modello applicato alle donne di cittadinanza italiana.

Tabella 24. Fattori associati con numero di ecografie in gravidanza >4

Fattori	Straniere				Italiane			
	n.	% ecog ≥ 5	OR	IC 95%	n.	% ecog ≥ 5	OR	IC 95%
Primipare	706	45,5	1		276	80,0	1	
Pluripare	803	35,2	0,69	0,54-0,87	235	69,4	0,55	0,35-0,85
Assistenza pubblica	615	37,1	1		79	62,0	1	
Assistenza privata	374	67,7	3,07	2,30-4,09	402	79,1	2,37	1,39-4,04
Consultorio familiare	521	23,8	0,49	0,38-0,65	31	45,2	0,55	0,23-1,31
<30 anni	810	37,8	1		112	72,3	1	
30-34 anni	461	42,7	1,24	0,95-1,62	212	77,8	1,47	0,83-2,61
>34	237	42,6	1,35	0,96-1,90	186	71,5	1,16	0,65-2,08
Patologie no	807	37,2	1		275	75,6	1	
Patologie si	645	43,4	1,24	0,98-1,56	195	76,9	1,15	0,75-1,76
Est Europa	637	46,5	1					
Asia	247	24,3	0,45	0,31-0,64				
Africa	408	37,3	0,82	0,62-1,09				
Centro-Sud America	207	43,0	0,90	0,63-1,27				

La struttura di riferimento più utilizzata per l'effettuazione delle ecografie è la struttura ospedaliera per le straniere, 73,0%, e la struttura privata per le italiane, 72,0%. Il CF viene citato con frequenza maggiore dalle donne asiatiche, 27,4% (Tabella 25).

La maggioranza delle ecografie in struttura privata sono state effettuate a pagamento, 92,4% per le straniere e 95,7% per le italiane. Delle ecografie effettuate in ospedale, quelle a pagamento sono state il 13,4% e il 14,8% rispettivamente per straniere e italiane, mentre per quelle effettuate in CF le ecografie a pagamento sono state 7,4% e 11,1% rispettivamente.

Tabella 25. Strutture di riferimento per le ecografie e conoscenza diritto gratuità (%)

Variabili	Est Europa n. 661	Asia n. 252	Africa n. 428	Centro-Sud America n. 209	Totale straniere n. 1550	Totale italiane n. 526
Luogo						
Ospedale	68,2	73,9	77,1	78,6	73,0	58,6
Consultorio familiare	13,4	27,4	18,5	13,1	17,1	3,6
Struttura privata	42,7	22,5	23,0	33,5	32,7	72,0
Ecografie a pagamento						
Ospedale	18,5	15,8	7,7	8,0	13,4	14,8
Consultorio familiare	5,9	7,4	5,1	18,5	7,4	11,1
Struttura privata	94,6	94,6	90,6	84,3	92,4	95,7
Conoscenza diritto gratuità						
Si	74,1	64,7	69,2	68,4	70,4	86,7
No	25,9	35,3	30,8	31,6	29,6	13,3

La conoscenza del diritto ad avere alcune visite, analisi ed ecografie gratuitamente è stata indicata dal 70,4% delle donne straniere e dall'86,7% delle italiane. Tra le straniere, le asiatiche sono quelle meno informate di questo diritto, 64,7%.

Partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita

I Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN) costituiscono uno strumento importante di empowerment della donna cui si fa esplicito riferimento nel POMI. L'attivazione dei CAN è stato identificato come un obiettivo operativo specifico che è in linea con un modello assistenziale meno direttivo e medicalizzato e che promuove al contrario le conoscenze e la consapevolezza della donna per aiutarla a fare scelte responsabili.

La partecipazione ai CAN è comunque ancora molto bassa in particolare per le donne straniere, 14,8% verso il 43,2% delle italiane, se consideriamo solo l'attuale gravidanza (Tabella 26). Considerando anche le gravidanze precedenti le percentuali salgono a 19,6% e 64,0% rispettivamente per straniere e italiane. Tra le straniere, la partecipazione è minore per le donne asiatiche e africane ed è più alta per le centro-sudamericane.

Tabella 26. Partecipazione ai Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN) (%)

Partecipazione	Est Europa n. 661	Asia n. 252	Africa n. 428	Centro-Sud America n. 209	Totale straniere n. 1550	Totale italiane n. 526
Nell'attuale gravidanza	15,9	10,0	11,0	24,9	14,8	43,2
Nell'attuale o precedente gravidanza	21,3	12,0	14,3	34,0	19,6	64,0

Con un modello logistico sono stati analizzati per le primipare i fattori potenzialmente associati con la partecipazione ai CAN (Tabella 27).

Tabella 27. Fattori associati con la partecipazione ai CAN nell'attuale gravidanza – primipare

Fattori	Straniere				Italiane			
	n.	% CAN	OR	IC 95%	n.	% CAN	OR	IC 95%
Istruzione <16 anni	586	20,1	1		197	62,4	1	
Istruzione ≥16 anni	134	39,6	1,99	1,29-3,05	86	81,4	2,13	1,12-4,06
Non occupate	291	16,5	1		36	36,1	1	
Occupate	429	29,1	1,56	1,03-2,37	246	72,8	3,38	1,53-7,44
<30 anni	490	18,6	1		92	52,2	1	
30-34 anni	183	34,4	1,88	1,25-2,80	116	70,7	1,47	0,79-2,72
>34 anni	55	34,6	1,86	0,97-3,57	77	83,1	2,88	1,34-6,19
Assistenza pubblica	297	18,9	1		42	61,9	1	
Assistenza privata	215	28,8	1,35	0,85-2,13	226	69,9	1,44	0,69-3,00
CF	219	25,6	1,52	0,97-2,37	18	61,1	1,34	0,40-4,54
Est Europa	359	23,7	1					
Asia	104	15,4	0,64	0,34-1,20				
Africa	174	19,5	0,87	0,53-1,42				
Centro-Sud America	92	40,2	2,10	1,26-3,50				

Sia per le straniere che per le italiane, la probabilità di partecipazione ad un CAN è significativamente maggiore per le donne più istruite, occupate, di età più avanzata. La probabilità di partecipazione è maggiore anche per le donne seguite da privati e dal CF rispetto a chi è stata seguita dall'assistenza pubblica e, relativamente alle straniere, per le donne centro-sudamericane rispetto alle donne dell'Europa dell'Est.

I motivi principali della mancata partecipazione ad un CAN nell'attuale o in una precedente gravidanza sono per le straniere la non conoscenza dell'esistenza dei corsi, 29,3%, mentre per le italiane sono i problemi di tempo, 39,2% (Tabella 28). Per le asiatiche e le africane la non conoscenza sale a 40,7% e 37,3% rispettivamente e sono inoltre stati citati con frequenze più elevate i problemi di lingua, asiatiche 16,3% e africane 15,0%.

Tabella 28. Motivi della non partecipazione ai CAN (%)

Motivi	Est Europa n. 520	Asia n. 221	Africa n. 367	Centro-Sud America n. 138	Totale straniere n. 1246	Totale italiane n. 189
Non sapeva che esistessero	22,5	40,7	37,3	15,2	29,3	2,6
Non utili	31,2	4,1	15,8	25,4	21,2	23,8
Non ha trovato struttura disponibile	3,1	2,7	0,5	3,6	2,3	5,8
Problemi di tempo	20,0	25,8	14,2	34,8	21,0	39,2
Problemi di lingua	3,8	16,3	15,0	0,7	9,0	0,0
Perché a pagamento	1,2	0,0	0,3	0,7	0,6	1,1
Altro motivo	18,3	10,4	16,9	19,6	16,6	27,5

Fumo di sigaretta prima e durante la gravidanza

Delle partorienti intervistate il 16,8% delle straniere e il 25,1% delle italiane hanno dichiarato di essere fumatrici prima della gravidanza (Tabella 29). Si rileva una maggiore frequenza di fumatrici tra le donne dell'Europa dell'Est (30,2%) mentre tra le asiatiche e le africane la frequenza di fumatrici è notevolmente più bassa, 3,6% e 4,7% rispettivamente. Dichiarano di aver fumato durante la gravidanza il 6,3% delle straniere e il 9,5% delle italiane.

Tabella 29. Fumo in gravidanza (%) – tutte le donne

Fumo	Est Europa n. 661	Asia n. 252	Africa n. 428	Centro-Sud America n. 209	Totale straniere n. 1550	Totale italiane n. 526
Fumo prima della gravidanza						
No	69,9	96,4	95,3	84,7	83,2	74,9
Sì	30,2	3,6	4,7	15,3	16,8	25,1
Fumo durante la gravidanza						
No	70,0	96,4	95,3	84,7	83,3	74,9
Ha smesso	17,0	2,8	3,0	14,4	10,5	15,6
Sì	13,1	0,8	1,6	1,0	6,3	9,5

Se consideriamo solo le donne fumatrici prima della gravidanza, continuano a fumare anche durante la gravidanza il 37,5% delle straniere e il 37,9% delle italiane (Tabella 30). Tra le donne straniere il range di variabilità della frequenza di fumatrici è molto ampio e va dal 6,3% per le centro-sudamericane al 43,4% per le donne dell'Europa dell'Est.

Tra le straniere, il rischio di abitudine al fumo prima della gravidanza è risultato minore per le donne più istruite, OR=0,75 (IC 95%: 0,51-1,09) e per le pluripare, in particolare per le donne che hanno allattato al seno per più di 3 mesi durante la gravidanza precedente, OR=0,53 (IC 95%: 0,39-0,73) (Tabella 31). Il rischio di fumo è più elevato per le donne occupate, OR=2,55 (IC 95%: 1,88-3,45). Tra le italiane si evidenzia un ruolo diverso dello stato occupazionale, il rischio è infatti minore per le donne occupate, OR=0,49 (IC 95%: 0,29-0,82).

Tabella 30. Fumo durante la gravidanza (%) – solo donne fumatrici prima della gravidanza

Fumo durante la gravidanza	Est Europa n. 199	Asia n. 9	Africa n. 20	Centro-Sud America n. 32	Totale straniere n. 260	Totale italiane n. 132
Si	56,6	77,8	65,0	93,8	62,6	62,1
No	43,4	22,2	35,0	6,3	37,5	37,9

Tabella 31. Fattori associati con il fumo prima della gravidanza

Fattori	n.	Straniere			n.	Italiane		
		% CAN	OR	IC 95%		% CAN	OR	IC 95%
Istruzione <16 anni	1264	17,3	1		362	30,1	1	
Istruzione ≥16 anni	262	14,9	0,75	0,51-1,09	148	14,9	0,37	0,22-0,63
Non occupate	701	10,3	1		103	34,0	1	
Occupate	843	22,4	2,55	1,88-3,45	409	23,5	0,49	0,29-0,82
Primipare	733	21,3	1		286	32,2	1	
Pluripare all<3m*	226	15,0	0,66	0,43-0,99	74	20,3	0,49	0,26-0,94
Pluripare all>3m*	596	12,3	0,53	0,39-0,73	157	15,3	0,33	0,19-0,56

* Pluripare che hanno allattato il figlio precedente al seno per meno (all<3m) o più (all>3m) di tre mesi.

Se consideriamo solo per le straniere fumatrici il rischio di continuare a fumare in gravidanza, questo risulta più basso per le donne di istruzione superiore, per le occupate e per le donne che hanno partecipato ad un CAN, mentre è più elevato per le pluripare. Per quanto riguarda le italiane, si hanno le stesse tendenze con l'eccezione del livello di istruzione, il rischio di continuare a fumare in gravidanza è infatti maggiore per le più istruite (Tabella 32).

Tabella 32. Fattori associati con il fumo durante la gravidanza tra le donne fumatrici prima della gravidanza

Fattori	n.	Straniere			n.	Italiane		
		% fumo	OR	IC 95%		% fumo	OR	IC 95%
Istruzione <16 anni	218	40,8	1		109	37,6	1	
Istruzione ≥16 anni	39	18,0	0,38	0,16-0,95	22	40,9	1,89	0,67-5,32
Non occupate	71	40,9	1		35	48,6	1	
Occupate	189	35,5	0,83	0,45-1,91	96	34,4	0,61	0,27-1,38
Primipare	155	31,0	1		82	33,7	1	
Pluripare	106	46,2	2,05	1,20-3,49	40	47,5	1,68	0,76-3,72
CAN no	207	41,6	1		63	47,6	1	
CAN sì	55	21,6	0,50	0,24-1,05	69	29,0	0,42	0,20-0,91

Complessivamente si sottolinea l'effetto protettivo dell'allattamento prolungato al seno durante la gravidanza precedente sul rischio di essere fumatrice prima della gravidanza attuale e l'effetto protettivo della partecipazione ai CAN tra le fumatrici sul rischio di continuare a fumare. Le primipare sembrano avere una maggiore propensione a ridurre l'abitudine al fumo una volta in stato di gravidanza mentre solo tra le italiane si rileva per le donne più istruite, a fronte di una minore frequenza di fumatrici, una minore propensione a rinunciare a questa abitudine.

LE MAMME SI RACCONTANO

Percorso in gravidanza

Per affrontare il tema del percorso intrapreso in gravidanza, l'intervista prevedeva innanzitutto la domanda "come si è accorta di essere incinta e cosa ha fatto una volta accertato?", alla quale la maggior parte delle donne ha risposto raccontando l'iter intrapreso, incluso il modo in cui la gravidanza è stata accertata, l'accesso ai servizi, fino alla scelta dell'ospedale dove partorire.

Dai racconti emerge chiaramente come le fonti di informazione più significative siano le conoscenze personali, le amiche, le conoscenti, ma anche gli stessi datori di lavoro. Questi contatti sono molto importanti in particolare all'inizio della gravidanza, quando le donne devono decidere dove effettuare le prime visite e come affrontare l'intero percorso.

Le donne sembra si orientino verso i centri "più comodi", più vicini a casa, quelli di cui si è sentito già parlare, dove magari si sono già rivolte altre conoscenti. Una volta identificato il centro presso il quale farsi seguire, non emergono particolari difficoltà di accesso.

Quando sei rimasta incinta cosa è successo, come te ne sei accorta? Quando non ho avuto le mestruazioni. Dopo quanti giorni? Dopo un mese di ritardo. Cosa hai fatto per essere sicura? Il test. Quale, il test in farmaci o l'esame del sangue? Quello della farmacia. Senti, come hai deciso mi devo andare a controllare, vado da qualche medico, cosa hai fatto, chi hai scelto, dove sei andata? Sono venuta qui. Perché? Perché era vicino. E quando sei venuta? Subito dopo il test oppure dopo? Ho prenotato, sono andata dal medico e lui ha detto vai in ospedale. Ti ha detto lui di venire qui... No, ho scelto io. Perché qui, avevi avuto qualche amica che ha partorito qua, o non sapevi niente? Perché è vicino a casa mia. C'ho tanti amici che hanno partorito qua. (Int 39, Etiopia, 33 anni)

Quando sei rimasta incinta cosa hai pensato? Io e mio marito abbiamo visto se potevamo avere un bambino; poi sono andata in farmacia a prendere il test e poi sono venuta in ospedale per fare l'ecografia e dopo sono andata al consultorio perché è vicino a casa. Chi ti ha consigliato il consultorio? Me l'ha detto un'amica italiana che c'era il consultorio. Quante visite hai fatto durante tutta la gravidanza? Una visita ogni mese. (Int 45, Romania, 27 anni)

Mi vuoi raccontare come è andata la gravidanza? A chi ti sei rivolta quando hai saputo di essere incinta? Io lavoro a casa di una signora io l'ho detto a lei e mi ha portata dal dottore. In ospedale o in uno studio privato? In uno studio, lui è stato molto gentile perché è amico della signora. (Int 44, Filippine, 30 anni)

Chi ti ha consigliato di venire qui? La figlia della signora dove lavoravo, io ho detto che aspettavo un bambino e lei mi ha detto cosa dovevo fare. (Int 41, Georgia, 31 anni)

Senti, dopo la farmacia, che hai pensato di fare quando hai scoperto di essere incinta? Di andare dal medico. E come hai fatto? Ho chiesto alle persone della famiglia dove lavoravo. Cioè tu gli hai detto: "Sono incinta, potete aiutarmi?" Sì, mi hanno portato dal suo dottore. Era un privato? No. Era un ospedale? Sì. Questo? No, un altro, più vicino di casa mia. (Int 30, Romania, 22 anni)

Poi (dopo aver fatto il test) sono andata vicino a casa mia a un consultorio. Sapevi però che c'era un ambulatorio o te l'aveva detto qualcuno? Sì, sapevo perché... Chi te l'aveva detto? Ma... sì sa! Sì sa... ma come l'hai saputo secondo te? Le tue amiche... C'ho tante amiche che hanno partorito qua e sono state seguite qua. (Int 12, Romania, 34 anni)

E poi dove sei andata, dopo che il test era positivo? Sono andata al consultorio. Al consultorio. Vicino a casa? Per essere sicura l'ho portato alla farmacia, subito. Ho detto "vede che cosa ho visto" e tutto quanto. Ha detto "sì, sei incinta" e poi sono andata al consultorio della zona. Al consultorio. Lo conoscevi? Sì, le amiche sono andate... Ok. E al consultorio come è stato il percorso? Che cosa ti hanno detto? Una dottoressa mi ha detto "va bene", poi mi ha registrato; mi ha dato gli appuntamenti, li ho seguiti; quando mi scrive gli esami, io lo faccio; quando mi scrive medicine, io lo compro... eh... (Int 14, Marocco, 39 anni)

Le uniche situazioni di mancato accesso ai servizi prenatali sono riportate da donne rom, per le quali non è necessario effettuare visite durante la gravidanza in quanto questa rappresenta uno stato "normale" della vita della donna, e non una situazione di "malattia" che richiederebbe il controllo medico.

Come l'ha saputo (di essere incinta)? Marito: Sanguinamento... *Quando non ti sono venute le mestruazioni. Però quando hai visto che non ti venivano, sei andata a fare un test? Visita medica?* No, niente. Tutto bene. *Niente?* Perché non parlo italiano, no... *Durante la gravidanza non hai fatto niente?* Io messa bene... [...] *Perciò mai, mai hai fatto delle analisi del sangue?* No. *Se ti fossi sentita un po' male, che facevi?* Marito: Stata incinta, tutto bene... *Però se succedeva? Una notte ti mettevi a dormire e avevi dei dolori, che facevi in quel caso?* Marito: Ambulanza... (Int 34, Romania, rom, 25 anni)

Hai fatto delle visite mediche? Delle ecografie? In Albania solo una volta a 2 mesi, in Italia una volta a 4 mesi. Mi ha portata mio marito, lui conosceva il dottore. (Int 36, Albania, 23 anni)

Cosa hai fatto (un volta incinta)? Ti sei fatta controllare? Sono andata dal dottore e mi ha guardato e con l'ecografia mi ha detto che stavo a 2 mesi, poi mi ha dato gli esami ma io non li ho fatti. *Ti sei fatta controllare sempre dallo stesso dottore?* Sì, sempre in ospedale (*si è rivolta al medico che nel nostro ospedale segue l'ambulatorio delle donne straniere*). Una volta mi ha visto un altro e mi ha detto che è maschio mentre il dr... mi ha visto due volte e mi ha detto che è femmina. *Quante ecografie hai fatto durante tutta la gravidanza?* Ho fatto 3 ecografie. *E gli esami su sangue e urine li hai fatti?* Non ho fatto esami di sangue, solo ecografie per guardare se è femmina. (Int 49, Macedonia, rom, 17 anni)

Assistenza al parto, percezione dolore e preferenze della donna

Circa il 40% delle donne straniere e italiane preferirebbe essere assistita durante il parto da una donna (Tabella 33). Queste percentuali sono decisamente più alte per le donne asiatiche, 54,8%, e per le donne africane, 56,3%, riconfermando le preferenze già emerse sull'assistenza durante la gravidanza. La grande maggioranza dei parti è stata seguita da personale ostetrico di sesso femminile, straniere 79,1% e italiane 83,4%. Circa il 10% dei parti, senza distinzione per cittadinanza, è stato seguito da personale medico di sesso maschile. Le donne straniere rispetto alle italiane, sono state seguite con frequenza maggiore da personale medico 18,9% verso 14,3% rispettivamente.

L'analisi del tipo di parto viene presentata distinguendo i parti spontanei a seconda che sia stata usata o meno l'anestesia epidurale o spinale (Tabella 34). Complessivamente, hanno partorito con taglio cesareo il 27,3% delle straniere e il 26,7% delle italiane. Tendenzialmente i TC si dividono a metà tra elettivi e urgenti. Considerando l'area geografica di provenienza delle straniere si evidenzia l'alta percentuale di TC, 35,4%, tra le donne centro-sudamericane. Il forcipe o la ventosa (parti operativi) sono stati usati nel 2-3,5% dei parti senza differenze per cittadinanza. Il 5,9% dei parti tra le straniere e l'11,6% dei parti tra le italiane è stato spontaneo con anestesia epidurale/spinale. Le asiatiche e le africane sono quelle che fanno meno uso di anestesia epidurale/spinale (circa 2-3%).

Considerando solo i parti vaginali, il travaglio è stato indotto nel 19,0% dei casi tra le straniere e nel 20,3% dei casi tra le italiane (Tabella 35). La percentuale di parti indotti appare particolarmente bassa per le asiatiche, 13,4% ma per questa area di provenienza è più alta la percentuale di donne che non sanno, 8,0%. Anche l'episiotomia è stata analizzata solo per i parti vaginali. È stata praticata al 42,0% delle donne straniere e al 39,2% delle donne italiane. Tra le straniere sono più alte le percentuali di donne che non sanno se sono state esposte a questa pratica.

Tabella 33. Preferenza di genere e assistenza durante il parto (%)

Genere	Est Europa n. 661	Asia n. 252	Africa n. 428	Centro-Sud America n. 209	Totale straniere n. 1550	Totale italiane n. 526
Preferenza						
Uomo	2,4	0,4	2,8	4,3	2,5	2,5
Donna	31,4	54,8	56,3	29,7	41,8	39,2
Indifferente	66,2	44,8	40,1	66,0	55,7	58,3
Assistenza						
Ostetrica donna	82,6	77,1	77,4	74,0	79,1	83,4
Ostetrico uomo	2,3	2,8	1,4	1,5	2,0	2,3
Ginecologa donna	5,2	13,7	12,1	10,3	9,2	5,0
Ginecologo uomo	9,9	6,4	9,0	14,2	9,7	9,3

Tabella 34. Tipo di parto e anestesia (%)

Tipo parto	Est Europa n. 661	Asia n. 252	Africa n. 428	Centro-Sud America n. 209	Totale straniere n. 1550	Totale italiane n. 526
Spontaneo senza anestesia	61,0	65,9	61,6	51,2	60,6	56,5
Spontaneo con epidurale/spinale	8,9	2,8	1,9	8,6	5,9	11,6
Spontaneo (non sa anestesia)	3,8	3,6	4,0	2,4	3,6	2,3
Operativo	2,3	2,0	3,5	2,4	2,6	3,0
Totale vaginali	76,0	74,3	71,0	64,6	72,7	73,4
Cesareo urgente	13,2	11,9	16,2	17,7	14,4	12,4
Cesareo elettivo	10,9	13,9	12,9	17,7	12,9	14,3
Totale cesarei	24,1	25,8	29,1	35,4	27,3	26,7

Tabella 35. Insorgenza travaglio e episiotomia (%)

Interventi praticati	Est Europa n. 500	Asia n. 187	Africa n. 302	Centro-Sud America n. 134	Totale straniere n. 1123	Totale italiane n. 384
Insorgenza travaglio						
Indotto	18,4	13,4	20,9	24,6	19,0	20,3
Non indotto	79,2	78,6	73,5	71,6	76,7	78,9
Non sa	2,4	8,0	5,6	3,7	4,4	0,8
Episiotomia						
Sì	40,1	47,6	39,6	46,7	42,0	39,2
No	51,3	41,7	46,5	61,4	48,4	56,9
Non so	8,6	10,7	13,9	7,2	9,6	3,9

Alle donne è stato chiesto di indicare su una scala (valore minimo 0=assente; valore massimo 5=atroce), quale fosse il dolore percepito dopo 24 ore dal parto. Le risposte sono state dicotomizzate e analizzate per tipo di parto. Il dolore è stato percepito come terribile/atroce dal 18,4% delle straniere e dal 12,2% delle italiane. Le straniere percepiscono un dolore maggiore per tutti i tipi di parto eccetto il TC elettivo (Tabella 36). Tra le straniere la percezione del dolore, come terribile/atroce per i parti spontanei con anestesia epidurale è più elevata rispetto alla stessa modalità di parto senza anestesia, 18,5% vs 14,7%.

Tabella 36. Percezione del dolore come terribile/atroce a 24 ore dal parto (%) per tipo di parto

Tipo parto	Est Europa n. 661	Asia n. 252	Africa n. 428	Centro-Sud America n. 209	Totale straniere n. 1550	Totale italiane n. 526
Spontaneo senza anestesia	12,7	13,9	18,3	15,1	14,7	8,4
Spontaneo con epidurale/spinale	20,3	0,0	25,0	16,7	18,5	4,9
Spontaneo (non sa anestesia)	28,0	44,4	29,4	40,0	32,1	25,0
Operativo	13,3	0,0	33,3	20,0	20,0	12,5
Cesareo urgente	29,9	30,0	18,8	32,4	26,9	21,5
Cesareo elettivo	25,0	20,0	18,2	21,6	21,6	22,7

Per le donne primipare sono stati indagati i fattori potenzialmente associati con l'effettuazione di un TC elettivo confrontato con tutti gli altri tipi di parto. Tra le straniere, il ricorso a TC elettivo è risultato più frequente all'avanzare dell'età, per le donne più istruite, per le donne per le quali erano presenti patologie durante la gravidanza e per le donne asiatiche e centro-sudamericane (Tabella 37). Il rischio di TC elettivo pur non raggiungendo la significatività statistica, è invece inferiore per le donne assistite da CF e per quelle che hanno partecipato ad un corso di accompagnamento alla nascita. Per le italiane, risulta particolarmente protettiva la partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita.

Tabella 37. Fattori associati con taglio cesareo elettivo – primipare

Fattori	Straniere				Italiane			
	n.	% TC elettivo	OR	IC 95%	n.	% TC elettivo	OR	IC 95%
<30 anni	489	5,7	1		92	12,0	1	
30-34 anni	183	10,9	2,07	1,07-4,01	116	6,0	0,69	0,22-2,15
>34 anni	55	14,6	2,71	1,06-6,88	77	10,4	2,00	0,63-6,31
Assistenza pubblica	297	8,1	1		42	16,7	1	
Assistenza privata	213	9,4	0,97	0,48-1,96	226	8,4	0,56	0,20-1,60
Consutorio familiare	219	5,0	0,64	0,30-1,38	18	0,0	–	–
Istruzione <16 anni	585	7,0	1		197	11,2	1	
Istruzione ≥16 anni	134	10,5	1,60	0,80-3,20	86	4,7	0,36	0,10-1,31
CAN no	555	7,8	1		91	16,5	1	
CAN si	174	7,5	0,77	0,37-1,59	195	5,6	0,31	0,20-0,82
Patologie no	390	5,1	1		174	6,9	1	
Patologie sì	304	10,5	1,89	1,03-3,46	105	10,5	1,52	0,62-3,74
Est Europa	358	5,9	1					
Asia	105	11,4	1,95	0,85-4,47				
Africa	173	8,1	1,16	0,53-2,52				
Centro-Sud America	92	9,8	1,37	0,58-3,24				

È stato chiesto alle donne come avrebbero preferito partorire se avessero potuto scegliere. Tra le primipare che hanno partorito con parto spontaneo, l'89,2% delle straniere e l'87,1% delle italiane confermano la scelta del parto spontaneo (Tabella 38).

Tabella 38. Preferenza dichiarata per parto spontaneo per tipo di parto attuale/precedente effettuato (%)

Tipo parto effettuato	Est Europa	Asia	Africa	Centro-Sud America	Totale straniere	Totale italiane
Primipare						
Spontaneo	87,9	83,3	92,2	96,6	89,2	87,1
Cesareo	69,8	76,0	83,0	77,4	75,4	74,3
Pluripare						
Spontaneo/spontaneo	93,9	93,4	94,2	91,3	93,6	89,5
Spontaneo/cesareo	60,0	100,0	87,5	100,0	83,3	90,9
Cesareo/spontaneo	63,3	92,3	70,0	58,3	69,3	84,6
Cesareo/cesareo	51,2	84,6	71,4	48,4	63,3	71,2

La preferenza per lo spontaneo tra le straniere varia dall'83,3% delle asiatiche al 96,6% delle centro-sudamericane. Tra le primipare che hanno partorito con TC, avrebbero preferito il parto spontaneo il 75,4% delle straniere e il 74,3% delle italiane. Per quanto riguarda le donne con un parto precedente, la preferenza per lo spontaneo è stata analizzata per ciascuna combinazione di tipo di parto effettuato attuale/precedente. Per tutte le combinazioni, la grande maggioranza delle donne dichiara la preferenza per lo spontaneo. I valori più bassi di preferenza per lo spontaneo si riferiscono alle donne che hanno effettuato sia il parto attuale che quello precedente con TC ma rimangono comunque valori elevati, straniere 63,3%, italiane 71,2%.

LE MAMME SI RACCONTANO

Il parto

Di seguito vengono riportati frammenti delle narrazioni delle donne sul vissuto del parto, che comprendono le aspettative, gli eventuali motivi di soddisfazione e di delusione.

Sembra unanime la preferenza delle donne per il parto spontaneo, per il parto "secondo natura" anche se accompagnato da dolori; quando comunque la donna si sottopone a un parto cesareo, l'averlo effettuato con un buon esito sembra attenuare la delusione iniziale.

Il parto spontaneo

Volevo che mi raccontassi com'è andato il tuo parto. Intanto hai partorito naturalmente? Sì, naturalmente. E com'è andato, dovessi raccontarmelo? Bene... (ride) un po'... normale, con fatica, però bene. Preferivi naturale... Sì, un po'. Si fatica sì, però meglio così. (Int 6, Macedonia, 30 anni, spontaneo, 2° figlio)

Ha partorito spontaneamente vero? Sì, da sotto. È andato tutto bene. Ho fatto veloce. Se avesse potuto scegliere, avrebbe partorito spontaneamente? Certo. Mia mamma ha avuto cinque figli tutti senza taglio. (Int 18, Romania, 23 anni, spontaneo, primipara)

Come è andata, rispetto a come se lo immaginava lei? Cioè, io non me lo immaginavo un'esperienza così forte, per niente. Invece quando la vivi, sei lì "Boh, se tutte le donne ce l'hanno fatta..." Poi non senti, magari... Perché nel momento che tu partorisci, ti danno il bambino in braccio, tu dimentichi tutto, non hai più niente! Boh, ho sofferto, però vedi il bambino in braccio e ti... ti passa tutto (convinta e poi commossa). Ti passa tutto... Sì, sì. Quindi, lei non se lo immaginava così. Come se lo immaginava? Me lo immaginavo un'esperienza un po' meno traumatizzante, diciamo; tu ti fai un'idea, senti da un'amica, senti da un parente... va beh, è stato così. Però nel momento che la vivi tu è diversa, cioè, non mi immaginavo che fosse così tanti dolori, queste cose... non mi immaginavo. Cioè, un po' di dolore sì... (Int 15, Romania, 29 anni, spontaneo, primipara)

Allora... intanto come stai? Eh adesso meglio, ieri... stamattina mi faceva ancora male... perché avevo dolori, e adesso invece... è passato, sto meglio. Ah quindi... abbastanza insomma. Sì sì... ho sofferto tantissimo. Hai sofferto tantissimo... Eh sì, perché non riuscivo... È la tua prima bambina... È la mia prima bambina... allora... non riuscivo ad alzarmi bene... non so... posso fare anche errori, non riuscivo ad alzarmi bene. Eh, ma figurati... E come è andato il travaglio, come è stato? È stato più duro... perché... credevo di... che non ce la faccio perché... avevo così tanto dolore, stavo malissimo, gridavo... di tutti i colori (ride) invece... (Int 22, Ucraina, 23 anni, spontaneo, primipara)

Ha avuto un parto naturale? Naturale sì... Sì? E ha dovuto fare l'episiotomia? Hanno dovuto tagliare? No no. E il travaglio com'è andato? Eh... come un travaglio (ride)... lungo. Lungo sì? Sì... E il parto è stato doloroso? Sì... Tanto? Sì tanto... tanto. E su una scala da uno a cinque? Nove! (ride) (Int 23, Moldavia, 24 anni, spontaneo, primipara)

Ti aspettavi che andasse così il parto o te lo immaginavi diverso? L'ho immaginato un po' diverso, non con tanti dolori. Ti immaginavi che facesse un po' meno male... [annuisce] Avresti voluto partorire così o avresti preferito in modo differente? No, normale, volevo partorire normale, sì. (Int 25, Romania, spontaneo, primipara)

Era il tuo primo parto, come ti senti, che diresti? È stata l'esperienza più bella della mia vita. Però è stata troppo forte, ho sentito troppo male. (Int 33, Ecuador, 20 anni, spontaneo, primipara)

E oggi come ti senti? Insomma, ho dei doloretto ma sono contenta, hai visto come è bello il mio bambino? [...] Com'è andato il parto? Sono arrivata qui con dolori molto forti, avevo la contrazione. E poi? E poi sono passate molte ore, tutta la notte e poi ho partorito. E tu come ti sei sentita? Boh, quando stai così pensi solo che fa male e vuoi che tutto finisca presto. (Int 41, Georgia, 31 anni, spontaneo, primipara)

Che cosa hai provato durante il parto? È stato dolorosissimo. Ti sei sentita aiutata dal personale? Tutti sono stati vicino. Quando è arrivato il bimbo è passato. (Int 47, Romania, 33 anni, spontaneo, primipara)

Il travaglio come è stato? Bruttissimo. Doloroso? Molto. In quanto tempo hai partorito? Cinque o sei ore. Hai avuto punti? Sì. [...] Sono rimasta traumatizzata. Al momento della nascita del bambino cosa hai provato? Gioia, ho dimenticato tutto. (Int 56, Romania, 29 anni, spontaneo, primipara)

Il parto con taglio cesareo

Che tipo di parto hai fatto? Il taglio. Il taglio, come mai? Doveva essere fatto. Tu sapevi che sarebbe stato un cesareo? No. Tu avevi un desiderio, di partorire in un modo o in un altro? Io volevo un parto normale. Perché? Mi piace di più normale. Come mai? Perché è la natura. Ti hanno comunque convinta o ci sei rimasta male... Troppo dolore e allora io ho detto fate come volete e cosa si deve fare. Quando è successo che hai capito che sarebbe stato un cesareo... Quando sono arrivata qua. Te lo hanno spiegato i medici? Sì, esce tanto sangue. Io stava bene, ma tanto dolore e loro mi hanno detto che per me e per bambino era meglio il taglio. E tu come ti sei sentita in quel momento? Normale, c'era tanto dolore. (Int 39, Etiopia, 33 anni, TC, primipara)

Come va oggi? Bene, ho ancora male. Com'è andato il parto? Ho fatto il cesareo, il bambino non stava bene. Hai avuto qualche problema? No, il bambino non stava nella posizione giusta. È stato doloroso fare il cesareo? Un poco sì, e poi fa ancora tutto male. Quindi tu già sapevi di dover fare il parto cesareo? Sì, lo avevano detto. Chi te lo aveva detto? Il dottore quando ho fatto l'ecografia mi ha detto che dovevamo decidere quando far nascere il bambino, perché non stava in una posizione giusta. Cosa hai pensato quando il dottore ti ha detto che dovevi fare il cesareo? Lui mi ha spiegato tutto bene, perché quando me lo ha detto io mi sono spaventata e ho pianto, non avevo capito bene, credevo che il bambino non stava bene, allora lui mi ha fatto vedere come stava il bambino e che così non poteva nascere, poi io ho pensato che lui è bravo e mi aiutava bene. Quindi tu non ti aspettavi di fare il cesareo, come ti immaginavi il parto? Normale, come fanno tutti (fa un piccolo sorriso e mostra un po' di imbarazzo). (Int 44, Filippine, 30 anni, TC, primipara)

È stato tutto uguale a come te lo aspettavi? Ma io no, non avevo idea di quello che mi aspettava. Cioè, tutti hanno un'immagine di quello che leggi, del corso parto... Tu sapevi di dover fare un cesareo? No! Perché lei (ride e indica la bambina) questa signorina qua, si è messa prima normale come se dovesse uscire. E poi si è messa di traverso e poi si è messa podalica. Tre volte si è girata. E all'ultima settimana, la 39°, cioè praticamente la penultima, hanno deciso per il cesareo

perché non c'era la possibilità che lei... poi insomma, anche come peso, cioè era previsto quasi 4 chili, però infatti dopo, era un po' "grandina" allora si è deciso per il cesareo. Ma io se potessi avrei fatto anche il parto normale, insomma, naturale. *Però la preferenza ce l'avevi? Naturale. Naturale. E ci sei rimasta male?* No, no. Ho messo per prima cosa lei (*guarda la piccola*). Cioè: lei era la prima cosa assolutamente. Per la salute, per la mia salute ovviamente anche. Il rischio... qualcosa se dovesse succedere qualcosa... è importante anche quello (*ride*). *No, certo*. Ma è stata lei la prima. Ci siamo parlati anche con mio marito... [...] *Come ti sei sentita?* Tranquilla. Perché se è stata presa questa decisione è perché c'era un motivo. Potevano essere anche delle cause. E io potrei anche essere incosciente e dire: a me non me ne frega niente, voglio aspettare, voglio fare... Siccome non era una cosa che dava la priorità assoluta, sia io che mio marito abbiamo detto che la priorità è la bambina. (*Int 1, Brasile, 38 anni, TC, primipara*)

Prima di partorire la tua idea era? Come partorire? Naturalmente o fare un cesareo? Cosa ti sarebbe piaciuto? Normale. *Avresti preferito normale. Nel momento in cui si è deciso cesareo come ti sei sentita?* Bene, perché non era perché non volevo io, né la dottoressa ma perché non se poteva. *Com'è andata?* Più o meno... *Più o meno che vuol dire? (ridiamo) Bene e male?* Sì perché... *Spiegamelo un po'.* Sì perché ho sofferto molto. Prima le contrazioni son cominciate alle cinque... *Le cinque de la tarde?* Alle cinque de la tarde. *Alle cinque del pomeriggio.* Hasta las dos de la mañana (*fino alle due della mattina*). *Di contrazioni?* Sì. *E poi che è successo?* Dopo viene la dottoressa a farne la visita per vedere come va. È rotto il sacco, la bursa si è rotto. Entonces la dottore me ha fatto la visita e me ha detto "Andiamo a la sala de parto perché ha quattro centimetri". E andiamo di là. Me pone el monitoraggio che el batito è un po' lento. Entonces me dice "Ah, facciamo entonces el cesareo perché è lento. Il battito è molto lento". Così. [...] *Ti ha dato dolore il dopo...* Sì, me dava dolore però dopo va via con un po' di tempo. È normale che me fa male. (*Int 2, Santo Domingo, 26 anni, TC, primipara*)

È andata come te l'aspettavi? Il parto no, sinceramente, perché pensavo un parto naturale. Invece è stato tutto deciso nel giro di dieci minuti, quindi è stato completamente fuori previsto. *Ho capito.* Però, grazie a Dio, lei sta bene, io sto bene, quindi è andata bene, tutto bene (*ride*). [...] *E quindi hai fatto il parto cesareo.* Sì. *E com'è andata?* È andata abbastanza bene. *Ti hanno fatto un'anestesia locale?* Sì, locale, non del tutto. Quindi ero sveglia con la mente. Sentivo tutto, tutto, meno che il dolore (*ridiamo*). E quindi... è andata bene! Poi, che poteva andare meglio con un parto naturale, però non era nelle mani di nessuno (*sorride*). Era colpa della bambina che non voleva uscire (*ride*). (*Int 3, Albania, 33 anni, TC, primipara*)

E com'è andato il cesareo? Il cesareo molto bene. *Sì?* Non ho avuto problemi perché... erano dopo tanti dolori, tante sofferenze, il cesareo non l'ho neanche sentito... era la felicità di vederlo lui. [...] Era da fare, non è che dai dolori, era da fare perché la testolina non era al posto giusto. *E come te lo immaginavi il parto, visto che è il primo?* Sì, come primo pensavo che sono giovane, ho 27 anni e lo... senza tanti problemi. Sapevo che è doloroso perché mi hanno spiegato che bisogna soffrire però più corto, è stato lunghetto. [...] ma siccome io volevo naturale, spontaneo, perché mi diceva il mio dottore che "sei giovane, farai tutto con tanta tranquillità, calma, perché l'età è giusta per un bambino" ... E io pensavo che farò tutto spontaneo perché volevo vivere questi momenti. [...] *Avresti preferito il parto naturale?* Sì, naturale... infatti sono venuta per quello. (*Int 21, Moldavia, 27 anni, TC, primipara*)

Why did you have a caesarian section this time? Perché un'urgenza. Io sentita male, poi mio bimbo... la testa non è... *Sei arrivata qui e non era messo bene?* Sì, poi vista l'ecografia, la testa sta sopra... *E hanno fatto il cesareo?* Sì, hanno fatto un cesareo. *Come hai preso la cosa, volevi fare uno spontaneo? Qual era il tuo desiderio?* No, io volevo fare uno spontaneo, perché io volevo esperienza come una madre, come ti senti... come sento dolore. Io mi piace come esperienza quello. Solo che vabbè... eh, cesareo, io non sento niente e visto l'ecografia è troppo alto la testa. *Ah, cioè te sapendo la motivazione ti sei convinta... come dire hai accettato. Eri un po' triste, meno triste, indifferente?* Triste, però... *Ti hanno spiegato abbastanza o no?* Eh sì, mi ha spiegato, perché come faccio a partorire in piedi e testa giù! E così... spiegato tutto, per me, ho capito. (*Int 31, Filippine, TC, 2° figlio*)

Esiti della gravidanza

Il peso iniziale medio delle donne straniere nel complesso è simile a quello delle italiane, intorno ai 60 kg e l'incremento medio a fine gravidanza è circa 13 kg per entrambi i gruppi (Tabella 39). Tra le straniere si differenziano le asiatiche per un peso medio iniziale più basso, pari a 55,2 kg e le africane per il peso iniziale medio più alto, 67,0 e per l'incremento di peso più basso, 11,0 kg.

Tabella 39. Incremento di peso in gravidanza

Indicatori madre	Est Europa n. 604	Asia n. 226	Africa n. 376	Centro-Sud America n. 205	Totale straniere n. 1411	Totale italiane n. 517
Peso iniziale medio in kg	60,3	55,2	67,0	60,2	61,3	60,0
DS	9,8	9,4	12,0	10,8	11,2	10,5
Peso finale medio in kg	74,2	67,1	78,0	72,9	73,9	73,3
DS	10,1	9,7	12,9	11,1	11,3	11,2
Incremento medio peso in kg	14,0	12,5	11,0	12,7	12,8	13,3
DS	5,2	5,3	5,6	6,7	5,7	4,8

Nella valutazione degli indicatori di esito del parto qui riportati va ricordato che i dati sono selezionati in quanto fanno riferimento solo a gravidanze che hanno avuto un esito positivo e per le quali le neo-mamme sono state disponibili ad essere intervistate, non sono comprese quindi le gravidanze con esiti fortemente negativi. Nonostante ciò, tutti gli indicatori riportati nella Tabella 40 relativi alla settimana gestazionale precoce, al basso peso alla nascita e all'indice di Apgar a 5 minuti dalla nascita evidenziano esiti peggiori per le straniere rispetto alle italiane. Tra le straniere, le asiatiche sembrano avere gli indicatori migliori, con l'eccezione della percentuale di nati di basso peso che è la più alta. Questo dato si può spiegare anche con la diversa struttura fisica delle asiatiche che sono tendenzialmente più piccole rispetto alle donne provenienti dalle altre aree geografiche.

Tabella 40. Nati per età gestazionale, peso alla nascita e Apgar 5'

Indicatore nato	Est Europa n. 661	Asia n. 252	Africa n. 428	Centro-Sud America n. 209	Totale straniere n. 1550	Totale italiane n. 526
<37 settimana	7,0	5,6	7,1	9,3	7,1	6,4
<2500 grammi	5,7	8,6	8,1	5,6	6,8	6,3
Apgar 5' ≤8	7,9	2,8	5,3	3,8	5,8	3,5
Apgar 5' =10	58,8	69,3	64,4	68,9	63,3	66,0

Indicatori post-partum

Gli indicatori ospedalieri post-partum tendenzialmente sono simili per straniere e italiane (Tabella 41). Si rileva una certa differenza nel rooming-in che viene effettuato con una frequenza leggermente inferiore per le straniere, 59,2% vs 64,1%. Per quanto riguarda le informazioni ricevute in reparto in relazione all'allattamento al seno, sono fornite con frequenza minore alle straniere rispetto alle italiane, 66,2% verso il 78,0%. L'attuazione delle pratiche indicate costituisce un obiettivo intermedio specifico del POMI in quanto ci sono evidenze scientifiche che tali pratiche favoriscano l'allattamento al seno. Se l'attuazione del rooming-in

può essere più problematico per le implicazioni di carattere logistico-strutturale legate alle strutture ospedaliere, altre pratiche quali il contatto pelle-pelle o l'attaccamento al seno entro 2 ore dal parto o l'osservazione della poppata dovrebbero e potrebbero invece essere praticate nella quasi totalità dei casi. Questi aspetti comunque non costituiscono una specifica criticità per le donne straniere ma riguardano l'organizzazione ospedaliera relativamente al percorso nascita di tutte le donne partorienti.

Tabella 41. Indicatori ospedalieri post-partum (in %)

Variabili ospedaliere	Est Europa n. 661	Asia n. 252	Africa n. 428	Centro-Sud America n. 209	Totale straniere n. 1550	Totale italiane n. 526
Quanto tempo bimbo con lei						
Quanto desiderato dalla madre	74,4	71,4	65,3	63,6	70,0	69,1
Contatto pelle pelle						
Si	80,8	79,4	73,1	73,7	77,5	74,7
Rooming in 24 ore						
Si	60,0	52,8	61,9	59,3	59,2	64,1
Avrebbe voluto bimbo sempre con lei						
Si	66,6	56,0	70,3	75,6	67,1	64,0
Allattamento entro 2 ore dal parto						
Si	56,1	50,8	55,0	58,4	55,2	59,1
Info in reparto su allattamento al seno						
Si	70,7	67,5	57,9	67,5	66,2	78,0
Effettuata osservazione poppata						
Si	74,3	67,9	67,1	60,3	69,4	71,3

Allattamento al seno

La classificazione qui riportata sul tipo di allattamento distingue l'allattamento esclusivo al seno dall'allattamento predominante che include oltre al latte materno anche acqua, tisane o altri liquidi. Il complementare implica invece l'assunzione sia di latte materno che di latte artificiale. Nelle analisi successive si fa spesso riferimento all'allattamento completo, definito come la somma di esclusivo più predominante. Le ragioni di ciò è che spesso la donna non è in grado di dire con certezza se al bambino siano state date acqua o tisane all'interno della struttura ospedaliera. I risultati mostrano come allattino in modo esclusivo al seno il 76,1% delle donne straniere e il 73,5% delle italiane (Tabella 42).

Tabella 42. Tipo di allattamento al seno (%)

Allattamento	Est Europa n. 584	Asia n. 227	Africa n. 360	Centro-Sud America n. 200	Totale straniere n. 1371	Totale italiane n. 495
Esclusivo	77,1	63,9	81,4	77,5	76,1	73,5
Predominante	11,0	6,2	6,7	6,0	8,3	8,7
Complementare	9,4	18,1	8,9	11,5	11,0	13,7
Artificiale	2,6	11,9	3,1	5,0	4,6	4,0
Missing	77	25	68	9	179	31

Se consideriamo l'allattamento completo, le percentuali salgono a 84,4% e 82,2% rispettivamente per straniere e italiane. A livello di area geografica di provenienza si distinguono le asiatiche per l'alto ricorso ad allattamento complementare e artificiale.

Sia per le straniere che per le italiane, il tipo di allattamento risulta associato con il tipo di parto; in particolare, il tipo di allattamento complementare o artificiale è più frequente tra chi effettua un parto con TC rispetto a chi partorisce in modo spontaneo (Tabella 43).

Tabella 43. Allattamento per tipo di parto e cittadinanza (%)

Tipo parto	Esclusivo	Predominante	Complementare	Artificiale	Totale	
					%	n.
Straniere					1381	
Spontaneo non sa anestesia	87,8	6,1	4,1	2,0	100	49
Spontaneo senza anestesia	79,4	8,4	8,3	4,0	100	835
Spontaneo epidurale/spinale	76,5	3,7	17,3	2,5	100	81
Operativo	87,1	3,2	9,7	0,0	100	31
Cesareo urgente	63,8	10,7	18,4	7,1	100	196
Cesareo elettivo	69,8	8,5	14,8	6,9	100	9
Italiane					495	
Spontaneo non sa anestesia	100,0	0,0	0,0	0,0	100	11
Spontaneo senza anestesia	78,8	7,3	9,7	4,2	100	288
Spontaneo epidurale/spinale	78,2	10,9	9,1	1,8	100	55
Operativo	80,0	0,0	20,0	0,0	100	15
Cesareo urgente	52,6	21,1	22,8	3,5	100	57
Cesareo elettivo	59,4	5,8	27,5	7,2	100	9

In generale, la grande maggioranza delle donne ha dichiarato che, al momento del parto, aveva già deciso o almeno aveva una preferenza per l'allattamento al seno, 94,2% delle straniere e 94,3% delle italiane (Tabella 44). Tra le straniere, si distinguono ancora le asiatiche per l'alta percentuale di donne, 13,2%, che hanno dichiarato invece la non intenzione di allattare al seno. Questo dato può essere l'espressione diretta di una specificità culturale già nota delle popolazioni asiatiche, secondo la quale si preferisce che i nuovi nati crescano nel proprio Paese di provenienza e quindi vengono presto separati dalla propria madre per essere consegnati alle famiglie di origine.

Tabella 44. Preferenza per allattamento al seno (%)

Preferenza allattamento seno	Est	Asia	Africa	Centro-Sud	Totale	Totale
	Europa n. 661	n. 252	n. 428	America n. 209	straniere n. 1550	italiane n. 526
Sicuramente	87,3	71,3	84,3	86,1	83,7	77,2
Preferibilmente	8,2	10,8	13,6	11,5	10,5	17,1
Non al seno	1,5	13,2	0,0	0,5	2,8	3,2
Non sa	3,0	4,8	2,1	1,9	2,9	2,5

I fattori potenzialmente associati con l'allattamento completo al seno sono stati analizzati con un modello logistico. Oltre al tipo di parto e all'esperienza di allattamento al seno nella precedente gravidanza, sono state prese in esame le pratiche ospedaliere riconosciute come

favorenti l'allattamento al seno. È stata inoltre costruita una nuova variabile chiamata "sostegno all'allattamento" data dalla combinazione delle variabili "osservazione della poppata" e "informazioni ricevute" in reparto relativamente all'allattamento al seno.

I fattori che risultano significativamente associati sono tutte le pratiche ospedaliere già riconosciute come favorenti l'allattamento al seno: il sostegno (OR=1,79 IC 95%: 1,34-2,39), il contatto pelle-pelle (OR=1,95 IC 95%: 1,44-2,64), l'attaccamento al seno entro 2h dal parto (OR=2,25 IC 95%: 1,72-2,95), il rooming-in (OR=2,20 IC 95%: 1,70-2,85) (Tabella 45). Altri fattori significativamente associati sono l'aver allattato al seno per più di 3 mesi in una precedente gravidanza rispetto alle donne primipare (OR=1,39 IC 95%: 1,04-1,84) e l'area geografica di provenienza, in particolare le asiatiche rispetto alle donne dell'Est Europa hanno una probabilità più bassa di allattare al seno (OR=0,51 IC 95%: 0,36-0,72). Il modello applicato alle italiane fornisce sostanzialmente gli stessi risultati.

Solo per le straniere ne esce ridimensionato il ruolo del tipo di parto che sembra non essere così importante come evidenziato dall'analisi descrittiva sopra riportata.

Tabella 45. Fattori associati con allattamento completo al seno

Fattori	Straniere				Italiane			
	n.	% allatt. compl al seno	OR	IC 95%	n.	% allatt. compl. al seno	OR	IC 95%
Tipo di parto								
spontaneo	1031	77,8	1		322	84,2	1	
Spontaneo con epidurale TC	99	70,7	0,85	0,51-1,41	63	77,8	1,22	0,57-2,60
	427	68,9	1,06	0,79-1,44	140	62,1	0,52	0,30-0,89
Parità e allattamento al seno parto precedente								
Primipare	731	73,2	1		286	74,5	1	
Pluripare all <3 mesi	225	68,4	0,93	0,65-1,34	74	66,2	0,63	0,34-1,18
Pluripare all ≥3 mesi	597	79,2	1,39	1,04-1,84	157	87,9	2,47	1,35-4,52
Sostegno all'allattamento								
No	320	61,9	1		69	56,5	1	
Sì	1233	78,1	1,79	1,34-2,39	456	80,7	1,94	1,06-3,54
Contatto pelle pelle								
No	355	59,7	1		132	59,9	1	
Sì	1204	79,3	1,95	1,44-2,64	392	83,4	1,71	1,00-2,91
Primo allattamento								
≥2 ore	694	62,4	1		215	61,9	1	
<2 ore	864	84,8	2,25	1,72-2,95	310	88,4	2,81	1,70-4,64
Rooming-in								
No	634	61,8	1		189	66,1	1	
Sì	925	83,8	2,20	1,70-2,85	336	83,9	2,03	1,25-3,32
Area di appartenenza								
Est Europa	659	78,0	1					
Asia	251	63,4	0,51	0,36-0,72				
Africa	428	74,1	0,81	0,60-1,11				
Centro-Sud America	209	80,0	1,22	0,81-1,85				

Le donne straniere hanno citato come fonte di informazioni e di consigli sull'allattamento soprattutto le amiche e i familiari, 57,9%, a seguire il personale sanitario non medico, 32,2%, e libri/riviste, 29,7% (Tabella 46). Anche se con un ordine diverso, queste fonti sono le prime 3 indicate anche dalle italiane. Un dato che richiederebbe ulteriori approfondimenti è quello del

CF. Questa struttura, come fonte di informazione, viene citata infatti solo dall'11,4% delle straniere, percentuale leggermente inferiore rispetto alle italiane (13,6%) nonostante il CF sia la struttura di riferimento più importante per l'assistenza in gravidanza per il 34,3% delle donne straniere e il 6,3% delle donne italiane. Il dato relativo ai CAN, citati dall'8,6% delle straniere e dal 39,6% delle italiane, risulta invece coerente con la frequenza di partecipazione ai CAN, straniere 14,8%, italiane 43,2%.

Tabella 46. Da chi ha ricevuto informazioni e consigli sull'allattamento (%)

Fonte informativa	Est Europa n. 661	Asia n. 252	Africa n. 428	Centro-Sud America n. 209	Totale straniere n. 1550	Totale italiane n. 526
Amiche/familiari	51,8	60,0	62,0	65,9	57,9	48,5
Ostetrica/infermiera	34,1	29,3	25,1	44,2	32,2	53,0
Libri/riviste	34,4	20,1	24,2	37,5	29,7	52,4
Altro	13,5	10,2	13,4	10,1	12,5	8,4
Consultorio familiare	11,9	8,8	12,4	11,1	11,4	13,6
Medico pubblico	9,5	14,1	9,6	10,6	10,4	9,4
Can	8,7	5,6	5,6	18,3	8,6	39,6
Medico privato	8,1	4,0	3,8	6,2	6,0	16,2
Struttura di volontariato	1,2	2,0	0,5	6,7	1,9	1,3

LE MAMME SI RACCONTANO

L'allattamento

È pressoché unanime il desiderio di allattare al seno: le donne sono consapevoli che nutrire i propri figli con il proprio latte sia più sano e corretto, e molto spesso tale consapevolezza è anche sostenuta da tradizioni culturali e familiari.

Senti, come sta andando l'allattamento dopo il cesareo? Riesci ad allattare? Sì, ma lei è un pochettino pigra, non vuole, dorme, dorme sempre... Per il primo come è andata? Undici mesi l'ho allattato. Undici. Ma sei arrivata con quell'idea o qualcuno ti ha detto che era meglio...? No, no, sono arrivata. Da secoli fa che il più buono latte è quello di mamma! (Int 12, Romania, 34 anni)

Vedo che stai allattando... Con fatica però. Per quanto tempo pensi di allattare? Fino a quando avrò latte perché è peccato buttarlo. È più sano di quello comprato. (Int 59, Slovacchia, 31 anni)

Vedo che la stai allattando: pensi di allattarla, va tutto bene? Sì, sì. Pensi di continuare a darle il tuo? Sì, sì, perché se viene latte sì che l'allatto. Per quanto tempo? Finché non cresce. Finché non cresce... cioè? (allarga la mano) da noi nella cultura quando dai il latte puoi dare anche se ce l'ha quattro anni... Ah sì? Sì, finché non smette lei. Quindi è una cosa che fa bene... È normale! È un piacere! (Int 13, Bosnia, rom, 20 anni)

In questo momento stai dando il latte tuo alla bambina? Sì... io non sono quella che rimane lì all'angolo a non fare niente (ride). E cosa pensi, quando tornerai a casa, pensi di continuare a darle il tuo? Sì, sì, e questa centrale chi la leva, scusami eh!?! (ride, indicando le mammelle in piena montata). Quanto vorresti allattare al seno? Fino a quando mi stanco. Io ho l'attenzione di rimanere a casa un anno per la mia bambina. Un anno... Così la faccio crescere bene... (Int 14, Marocco, 39 anni)

Ha intenzione di continuare ad allattare? Sì, sì, perché mi piace tanto... (ride, un po' imbarazzata). Quando lo vedo mangiare è... proprio bello. Quanto ha intenzione di continuare a dargli il latte? Non lo so, quanto vuole, quanto ce l'ho latte. (Int 16, Romania, 24 anni)

Tu come pensavi di allattare? Di darle il tuo...? Ma no, io ho lasciato tutto come dicono "al destino". Ho detto "quello che arriva arriva". Ora come ti senti? Le vuoi dare il tuo o no? No, no, va meglio il mio, perché l'altro per comprarlo costa tanto. E se fosse gratis? Ma anche gratis, se ce l'ho gli do il mio. Se non ce l'ho pazienza, però se io ce l'ho adesso, l'unica cosa la do a mia bambina. (Int 17, Marocco, 43 anni)

Avevi qualcosa in mente sull'allattamento? C'erano delle regole, c'erano... No, mia mamma ha allattato cinque figli! Per cui era una cosa per me normale, sentivi dire che l'allattamento era una cosa normale (ride). E lo volevi fare... Certo. Io non ho mai pensato di dare il latte artificiale. Se non avessi la possibilità è un altro conto di... non avessi potuto... Però ce l'ho, non vedo perché... (Int 1, Brasile, 38 anni)

Poche le eccezioni: una donna che non desidera allattare a causa del dolore al seno, un'altra che prevede di effettuare l'aggiunta con il latte artificiale perché prova imbarazzo ad allattare al seno fuori casa, e altre che forse in seguito a qualche difficoltà iniziale non se la sentono di insistere.

E la dottoressa quando le ha fatto vedere il suo bambino? Dopo bagno... prima tutto sporco e io no voglio vedere... E quando ha visto il bambino cosa ha fatto? L'ha allattato? No allattare... troppo male mie tette... Quindi non sta allattando al seno in questo momento? No. Io no voglio. (Int 20, Marocco, 27 anni)

C'è qualcosa che ti ha disturbata durante questo ricovero? La comportamento di chi lavora nel nido, non mi piace, grida che devi attaccare il bambino al seno ma se esce il sangue io che devo fare? Non hai latte? No, non viene e il bambino ha fame. Io gli ho detto di darmi il latte ma solo oggi me lo hanno dato perché mi sono arrabbiata, il bambino deve mangiare. Sono un po' antipatiche. (Int 35, Filippine, 29 anni)

Per te era la prima volta... è andato tutto bene? Sì, sì. La tua idea qual era? Non volevo dare il seno. Non volevi. No. Come mai? Perché no, no, perché non volevo (la voce si affievolisce). Ho pochito tempo, poi non ce l'ho latte. Non avevi latte? Non ce l'ho ancora. Lei ha molta fame, tanta... (ridiamo, e la bambina scoppia a piangere) Ti ha sentito, ha capito che non le vuoi dare il latte! Ce l'ho domandato, se mi può dare il latte per la bimba, o lo compro, qualcosa. Ma dice che devo aspettare... Per avere il tuo... Sì. Per questo non volevi dare latte... No, io volevo dare il latte, se avevo pronto. Però se no avevo, la bimba soffre molto. La notte fa (sospiro forte) nervosa... Allora per non farla stare nervosa vorresti dare il latte anche se non tuo... Perché adesso ha bajato molto de peso. Certo. Il dottore ha detto che oggi le danno un po' di glucosata. Per esempio se in mio Paese io partorisco e io le digo "voglio darle il latte a mi nina". Subito. Il latte artificiale, intendi? Sì. Lo posso trovare e darcelo alla bimba. Senza problemi. E qui? Qua no. qua devo aspettare. Senti, ma adesso che torni a casa, come pensi di allattarla? No, io non... (voce flebile) (Int 2, Santo Domingo, 26 anni)

Io mi sono un po' arrabbiata perché il bambino non beve il latte e le infermiere quando piange non gli danno quello in polvere. Tu non riesci ad allattarlo? Lui vorrebbe, cerca il seno, ma il latte non viene, hanno detto di avere pazienza ma io sento il bambino che grida, allora mi sono arrabbiata e gli hanno dato il latte. Ti preoccupa questa cosa? Sì, io voglio dargli il latte. L'ostetrica cosa ti ha detto? Che dobbiamo provare e avere pazienza. (Int 42, Albania, 33 anni)

Senti l'allattamento com'è andato, come sta andando? Io sto andando bene, per adesso c'è poco, ha ditto l'infermiera...devi... Di insistere? Sì, di insistere. Dieci minuti, così, loro insegna come si fa. Ti hanno insegnato? Sì, tutto è grande però, perché la prima volta la verità... Il primo bambino? No, il secondo... Perché la prima volta non l'hai allattato? No, solo un mese. Adesso invece vuoi farlo di più? Sì. Il latte artificiale glielo vuoi dare, non glielo vuoi dare, glielo darai in aggiunta? Come vuoi fare? Artificiale... artificiale nel latte sì, però devi sempre aggiungere. Per esempio fuori... vai fuori per esempio io non posso fare latte seno perché... Eh, come mai? Perché mi sento imbarazzata. Ah, ecco allattare davanti ad altre persone ti imbarazza? A me sì. Invece in casa per esempio? In casa lo fai? Sì, certo. (Int 31, Filippine)

Contracezione

L'attuale gravidanza era attesa dalla grande maggioranza delle donne, 70,3% delle straniere e 78,6% delle italiane (Tabella 47). L'8,1% e il 3,1% delle donne rispettivamente stava facendo uso di un metodo contraccettivo quindi per queste donne il concepimento è avvenuto a causa del fallimento del metodo contraccettivo utilizzato. Per le donne provenienti dal Centro-Sud America rispetto alle altre aree di provenienza è più alta la frequenza di fallimento del metodo contraccettivo, 22,0%, ed è più alta la frequenza di donne che pensava di essere sterile, 5,7%.

È elevata la percentuale di donne straniere che ritiene non sia possibile rimanere incinta durante l'allattamento al seno, 29,0% verso il 7,8% delle italiane. Tale percentuale sale al 45,8% per le donne provenienti dall'Asia.

Il periodo della degenza ospedaliera potrebbe essere un momento opportuno per fornire alle donne informazioni sulla contraccezione ma solo il 17,1% delle straniere e il 14,3% delle italiane dichiara di aver ricevuto tali informazioni. La percentuale è leggermente più alta per le donne provenienti dall'Europa dell'est, 20,0%.

L'importanza di dare informazioni sulla contraccezione emerge anche dalla valutazione dell'intenzione di utilizzo di un metodo contraccettivo alla ripresa dei rapporti sessuali. Il 69,3% delle straniere e il 75,9% delle italiane dichiara questa intenzione. Le donne centro-sudamericane sono quelle maggiormente propense ad una procreazione responsabile, 85,6%. Tra i motivi per i quali non si vuole utilizzare metodi di contraccezione, solo in percentuali minori vi sono il desiderio di avere altri figli o ragioni etico/religiose/culturali. Il motivo principale è la paura o non conoscenza dei contraccettivi, straniere 20,4%, italiane 14,0%. Questi risultati trovano un ulteriore riscontro ed elementi di coerenza con quella che è la storia riproduttiva dichiarata dalle donne, in particolare per quanto riguarda il ricorso alle interruzioni volontarie di gravidanza, 16,1% delle straniere verso 5,8% delle italiane.

Tabella 47. Contraccezione (%)

Variabili	Est Europa n. 661	Asia n. 252	Africa n. 428	Centro-Sud America n. 209	Totale straniere n. 1550	Totale italiane n. 526
Si aspettava questa gravidanza?						
Sì	73,0	75,2	70,8	55,0	70,3	78,6
No, usavo un contraccettivo	4,4	5,2	8,7	22,0	8,1	3,1
No, era un periodo non fertile	20,2	17,6	17,7	17,2	18,7	15,9
No perché sterile	2,4	2,0	2,8	5,7	2,9	2,5
È possibile rimanere incinta durante l'allattamento al seno?						
No	13,1	45,8	43,9	17,3	29,0	7,8
Ha ricevuto in reparto informazioni sulla contraccezione?						
Sì	20,0	13,2	16,4	13,9	17,1	14,3
Intende usare un contraccettivo alla ripresa dei rapporti sessuali						
Sì	62,5	71,7	70,3	85,6	69,3	75,9
No, vuole altri figli	7,7	4,5	7,7	2,4	6,4	7,9
No ha paura/non li conosce	26,6	21,1	16,0	9,6	20,4	14,0
No per motivi culturali/religiosi	3,3	2,8	6,0	2,4	3,8	2,2

Assistenza al rientro a casa

Una volta uscita dall'ambiente protetto della struttura assistenziale ospedaliera in cui ha partorito, 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. Diventano altrettanto importanti, specialmente per le donne straniere, la sua conoscenza e la sua capacità di cogliere le opportunità assistenziali offerte sul territorio e il divario di conoscenze e capacità tra le donne si riduce quanto più il sistema assistenziale adotta una politica di "offerta attiva".

Quando e da chi sono state informate le donne su come affrontare le cure del bambino al rientro a casa? Durante la gravidanza sono stati soprattutto amiche e familiari a fornire tali informazioni per il 60,5% delle straniere verso il 50,6% delle italiane (Tabella 48). Sono stati citati poi i libri/riviste (26,3% vs 43,9%) e il personale sanitario non medico (25,2% vs 43,1%). La ricerca autonoma di informazioni su libri/riviste è meno frequente tra le donne asiatiche (19,3) e africane (16,9%). Per le italiane spicca anche il ruolo dei CAN come fonte informativa citata dal 32,8% delle donne verso il 7,4% delle donne straniere. Durante la degenza sono state date informazioni in relazione alle cure del bambino al 60,9% delle straniere e al 70,3% delle italiane, mentre informazioni sui servizi assistenziali a cui rivolgersi sono state date al 49,9% delle straniere e al 46,5% delle italiane. Questi dati sono probabilmente l'espressione di un differente bisogno di informazioni tra donne straniere e italiane. Per le prime è maggiore la necessità di ricevere informazioni relative ai servizi assistenziali esistenti sul territorio piuttosto che su come prendersi cura del proprio bambino, anche perché le straniere rispetto alle italiane sono più frequentemente al secondo o terzo figlio.

Tabella 48. Informazioni (%) ricevute durante la gravidanza e in reparto per affrontare le cure del bambino al rientro a casa

Variabili	Est Europa n. 661	Asia n. 252	Africa n. 428	Centro-Sud America n. 209	Totale straniere n. 1550	Totale italiane n. 526
Fonte informativa						
Amiche/familiari	55,7	63,9	60,8	70,7	60,5	50,6
Libri/riviste	32,6	19,3	16,9	34,1	26,3	43,9
Ostetrica/infermiera	27,6	18,8	21,4	33,2	25,2	43,1
Medico	16,7	14,1	11,7	12,9	14,4	20,0
Consultorio familiare	11,9	9,2	10,3	4,8	10,1	11,7
Altro	9,8	7,8	10,4	7,3	9,3	8,1
Can	7,5	4,0	5,9	14,4	7,4	32,8
Struttura di volontariato	1,2	0,4	0,5	5,8	1,5	0,6
Ha ricevuto informazioni in reparto sulle cure del bambino						
Si	63,4	61,0	60,5	54,1	60,9	70,3
Ha ricevuto informazioni in reparto sui servizi a cui rivolgersi						
Si	47,7	52,0	47,2	60,3	49,9	46,5

Il 48,0% delle straniere e il 51,8% delle italiane farà seguire il proprio bambino dal Pediatra di Libera Scelta (PLS); il 30,8% e il 33,1% rispettivamente lo faranno seguire da pediatra di struttura pubblica (Tabella 49). Tra le straniere è maggiore la frequenza di donne che non hanno preso una decisione in merito, 10,9% verso il 5,1% delle italiane. Le donne asiatiche citano con maggiore frequenza il medico di famiglia, 9,6%, e il CF, 6,0%. A fronte della maggiore frequenza di donne straniere che non sanno da chi faranno seguire il proprio bambino, risulta anche una maggiore frequenza di donne che non sa di poter iscrivere il bambino al PLS, 3,4% verso 1,3% delle italiane, o che non sa a chi rivolgersi, 22,2% delle straniere verso il 13,7% delle italiane.

La quasi totalità delle donne prevede di effettuare un controllo ginecologico dopo il parto, 94,6% delle straniere e 97,9% delle italiane (Tabella 50). Gradirebbe una visita domiciliare di un'ostetrica il 73,5% delle straniere e il 75,9% delle italiane. Le asiatiche sono quelle che gradirebbero di meno, 63,8%. Non sono a conoscenza della presenza di un CF nel proprio ambito di vita il 24,7% delle straniere e il 5,7% delle italiane.

Tabella 49. Assistenza sanitaria bambino (%)

Variabili	Est Europa n. 661	Asia n. 252	Africa n. 428	Centro-Sud America n. 209	Totale straniere n. 1550	Totale italiane n. 526
Da chi farà seguire il bambino						
Medico di famiglia	1,7	9,6	0,9	1,9	2,8	1,1
Consultorio familiare	4,5	6,0	3,3	2,4	4,1	1,9
Pediatra libera scelta	50,1	47,4	45,8	46,9	48,0	51,8
Pediatra struttura pubblica	30,1	21,9	35,1	34,9	30,8	33,1
Pediatra struttura privata	3,0	1,2	0,9	3,3	2,2	6,3
Pediatra struttura volontariato	0,3	0,0	0,7	0,5	0,4	0,0
Nessuno	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2
Non so	9,5	11,6	13,1	9,6	10,9	5,1
Altro	0,6	2,4	0,2	0,5	0,8	0,4
Conoscenza iscrizione PLS						
Sì	74,4	72,6	72,1	81,3	74,4	85,0
No, non sapevo che si potesse	3,3	4,4	2,6	4,3	3,4	1,3
No, non so a chi rivolgermi	22,3	23,0	25,3	14,4	22,2	13,7

Tabella 50. Controlli, visita domiciliare e conoscenza dei consultori familiari (%)

Variabili extra-ospedaliere e fonti informative	Est Europa n. 661	Asia n. 252	Africa n. 428	Centro-Sud America n. 209	Totale straniere n. 1550	Totale italiane n. 526
Prevede di effettuare un controllo ginecologico dopo il parto						
Sì	95,4	94,4	92,0	97,6	94,6	97,9
Gradirebbe visita domiciliare gratuita di un'ostetrica						
Sì	77,2	63,8	72,4	75,6	73,5	75,9
È a conoscenza della presenza di CF nel proprio ambito di vita						
Sì, so dove trovarli	66,5	62,7	61,2	77,0	66,3	86,3
Sì, non so dove trovarli	10,3	9,5	8,6	5,2	9,0	8,0
No	22,2	27,8	30,1	17,7	24,7	5,7
Da chi è stata informata dell'esistenza dei CF						
Amiche/famiglia	50,5	54,2	53,9	63,2	53,8	61,6
Personale sanitario	20,7	15,8	21,9	15,9	19,6	23,7
Libri/riviste	6,2	4,5	5,9	5,8	5,8	22,6
Altro	6,0	3,8	4,8	3,4	5,0	9,3
Internet	4,0	1,2	2,4	2,4	2,9	11,5
CAN	2,9	1,6	2,4	2,4	2,5	16,3
Struttura volontariato	2,2	2,8	1,9	1,9	2,2	1,5

Donne dell'Est Europa e africane sono le meno informate. Come fonte informativa sull'esistenza dei CF le straniere indicano amiche e familiari, 53,8% e a seguire il personale sanitario, 19,6%. Tali percentuali per le italiane sono rispettivamente 61,6% e 23,7%. Costituiscono una fonte informativa importante per le italiane, ma non per le straniere, i libri/riviste (5,8% vs 22,6%), internet (2,9% vs 11,5%) e i CAN (2,5% vs 16,3%).

LE MAMME SI RACCONTANO

L'accesso ai servizi in puerperio

Le donne straniere intervistate hanno rivelato una buona conoscenza dell'iter da seguire nel periodo del puerperio: grazie alle informazioni ottenute dalle amiche e i consigli ricevuti in ospedale, sanno a chi rivolgersi per la loro salute e per quella del proprio bambino. Anche le donne più incerte si affidano molto ai suggerimenti del personale ospedaliero. C'è da notare comunque che la grande attenzione è rivolta ai neonati, molto meno alla propria salute.

Pensi di farti visitare? Sì, il dottore mi ha detto che devo fare delle visite, devo venire all'ospedale. In questo ospedale? Sì. E tu che ne pensi? Va bene. E il bambino? Sai che visite deve fare lui? L'infermiera mi ha detto che poi scrivono tutto loro. Ma tu hai un'idea? Non tanto, ma bisogna andare dal dottore. (Int 44, Filippine, 30 anni)

Ti farai visitare presto? Non ho ancora parlato con il dottore, mi dirà lui. E per quanto riguarda il bambino? Hai già un pediatra? Sì, lo porterò a quello di mia figlia, ma prima di uscire dall'ospedale mi daranno un foglio e mi diranno cosa fare nei prossimi giorni. (Int 40, Cuba, 26 anni)

Pensi di farla visitare la bambina, quando andrete a casa? Certo. Sai già a chi? Non ancora devo vedere, il pediatra. Rispetto alle cose che dovrà fare la bambina quando sarà a casa: di vaccinazioni... Non mi hanno spiegato ancora ma prima che vado via mi spiegano come hanno fatto con tutte le mamme. (Int 14, Marocco, 39 anni)

Quando uscirà di qui, pensa che farà visitare la bambina? Certo! Abbiamo già il foglio con quello che dobbiamo fare, la prima visita pediatrica, a parte che deve andare mio marito a iscriverla a ufficio... a tutto: INPS, pediatra, c'è tutta una lista lì attaccata al muro che deve fare lui, perché in questi giorni si è preso un po' di giorni di ferie così mi viene incontro perché da sola non ce la faccio, con una bambina in giro. (Int 15, Romania, 29 anni)

E per quanto riguarda, non so, il pediatra tu sai già, ti hanno informato qui. Qua mi informeranno ancora me hanno detto. Ti han detto che ti informeranno. Sì, loro mi spiegano cosa devo fare. Dicono loro poi. Hai fiducia. E se no chiedo, io chiedo! Non hai paura a chiedere. Io, mai. E si vede, si vede. Sì ma perché, anzi se non mi dicono lo porto dal giudice! (ride) E per quanto riguarda tipo le vaccinazioni e queste cose qua, anche tu sei tranquilla di aspettare quello che dirà il tuo pediatra? Io voglio fare quello che si deve. Se il pediatra dice: "Sì devi fare questo.", io lo vorrei fare. (Int 4, Cuba, 36 anni)

Le ostetriche ti hanno informata sulle visite da fare dopo la dimissione? Non mi hanno detto niente. Tu farai visite ginecologiche? Se c'è bisogno, ma se non ci sono problemi perché devo andare? Per dei controlli, per sapere se stai bene... Ora ho i punti, poi mi dirà il dottore. E il bambino, lo farai visitare? Lui sì. Sai a chi rivolgerli? Non ancora, poi vedrò, devo chiedere. (Int 42, Albania, 33 anni)

Ti farai visitare? Non lo so, solo se c'è bisogno lo dirò al medico. E il bambino? Sai quali vaccini deve fare? Mi dirà tutto il medico e poi si certe cose le so. (Int 35, Filippine, 29 anni)

Che visite farai fare alla bambina? Non lo so, poi mi diranno loro. Chi, i medici? Sì, chiederò a loro cosa devo fare. E tu ti farai visitare? Se è necessario sì. (Int 36, Albania, 23 anni)

Lavoro e gravidanza

Il 45,1% delle donne straniere intervistate ha dichiarato di non lavorare prima della gravidanza verso il 16,0% delle italiane (Tabella 51). Per le donne africane tale percentuale sale al 70,3%. La percentuale di donne non lavoratrici tra le straniere appare quindi particolarmente elevata. Probabilmente questo dato riflette una caratteristica del fenomeno della immigrazione femminile che è diversa da quella maschile in quanto è motivata molto spesso dal bisogno di ricongiungimento familiare.

Tabella 51. Occupazione prima della gravidanza (in %)

Stato occupazionale	Est Europa n. 661	Asia n. 252	Africa n. 428	Centro-Sud America n. 209	Totale straniere n. 1550	Totale italiane n. 526
Si, tempo pieno	41,8	40,2	16,4	45,2	35,0	65,4
Si, part-time	23,4	12,9	13,4	31,3	20,0	19,6
No	34,8	47,0	70,3	23,6	45,1	16,0

Delle donne che hanno dichiarato di lavorare, la maggiore frequenza di interruzione del lavoro per le straniere avviene entro i 3 mesi di gravidanza, 36,9%; mentre per le italiane la maggiore frequenza di interruzione avviene a 7-8 mesi, 44,5%. È alta la percentuale di donne asiatiche che continuano a lavorare fino alla fine della gravidanza, 12,1% a 9 mesi.

Il motivo principale per il quale la donna ha smesso di lavorare è stato il termine di legge per il 21,9% delle straniere e il 37,0% delle italiane (Tabella 52). Rispetto alle italiane, le donne straniere citano con maggiore frequenza la stanchezza (21,9% vs 11,9%) e “per prepararsi” al parto (14,9% vs 9,6%). Questo dato può essere in parte l’espressione di condizioni di vita in generale per le straniere più disagiate e con meno supporto anche familiare che implicano quindi la necessità di un maggiore sforzo organizzativo. È alta la percentuale di donne che dichiara di essere stata licenziata tra le africane, 7,1% e tra le sud-americane, 8,8%.

Tabella 52. Se lavorava prima, mese di gravidanza di interruzione lavoro e motivo (%)

Periodo e motivo fine lavoro	Est Europa n. 427	Asia n. 131	Africa n. 124	Centro-Sud America n. 158	Totale straniere n. 840	Totale italiane n. 438
Quando ha smesso						
≤3 mesi	39,2	16,7	48,8	38,4	36,9	28,5
4-6 mesi	24,7	25,8	28,0	22,0	24,9	18,3
7-8 mesi	31,0	45,5	18,4	35,9	32,3	44,5
9 mesi	5,1	12,1	4,8	3,8	5,9	8,7
Motivo principale						
Termine di legge	20,1	31,1	17,3	23,1	21,9	37,0
Malattia	20,1	5,3	15,0	19,4	16,9	16,7
Stanchezza	19,6	24,2	30,7	19,4	21,9	11,9
Licenziata	3,3	1,5	7,1	8,8	4,6	0,9
Per prepararmi	14,7	25,0	9,4	11,3	14,9	9,6
Altro	22,4	12,9	20,5	18,1	19,8	24,0

Non ha intenzione di riprendere a lavorare il 29,7% delle donne straniere vs il 12,6% delle italiane; non sa se riprenderà il 17,3% delle straniere e l’11,3% delle italiane (Tabella 53). Le donne africane sono quelle più decise a non riprendere a lavorare, 42,3% al contrario delle donne sud-americane per le quali tale percentuale è pari al 16,8%.

Delle donne che riprenderanno a lavorare, il 32,3% delle straniere e il 57,0% delle italiane affiderà il bambino a familiari presenti in Italia; il 27,6% e il 19,1% rispettivamente lo affideranno al nido pubblico. Tra le asiatiche sono alte le percentuali di donne che faranno accudire il bambino da familiari all’estero, 8,2% e che porteranno il bambino con se al lavoro, 23,1%. I diritti legali delle donne lavoratrici relativamente ad una gravidanza sono conosciuti dal 43,5% delle donne straniere verso l’83,6% delle donne italiane. Tale conoscenza risulta particolarmente bassa per le donne africane, 29,2%.

Tabella 53. Ripresa del lavoro, accudimento bambino, conoscenza diritti (%)

Variabili	Est Europa	Asia	Africa	Centro-Sud America	Totale straniere	Totale italiane
Intende riprendere il lavoro						
Si, tempo pieno	22,6	34,9	13,7	24,9	22,5	42,3
Si, part-time	35,1	18,9	23,9	44,0	30,6	33,7
No	24,9	31,3	42,3	16,8	29,7	12,6
Non so	17,4	14,9	20,1	14,4	17,3	11,3
Se sì, chi accudirà bambino						
Familiari Italia	38,2	29,1	22,1	31,3	32,3	57,0
Familiari estero	3,0	8,2	5,2	0,0	3,7	0,3
Baby-sitter	3,8	11,2	11,0	5,6	6,7	5,1
Amici	1,4	0,7	3,2	4,9	2,2	0,0
Nido pubblico	31,4	10,5	36,4	24,3	27,6	19,1
Nido privato	5,7	2,2	1,9	2,1	3,7	8,1
Con sé al lavoro	2,2	23,1	1,3	9,0	6,7	4,8
Struttura volontariato	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Non so	14,1	14,9	18,8	22,9	16,7	5,6
Conosce la legge sui diritti delle donne lavoratrici in gravidanza e puerperio						
Sì	48,8	43,6	29,2	55,8	43,5	83,6

LE MAMME SI RACCONTANO

L'organizzazione del rientro a casa

Alla domanda su come immaginano il rientro a casa e il periodo che segue il parto, emergono due diversi profili di madri: chi è più serena, che vive questo periodo con naturalezza e tranquillità, e chi invece manifesta preoccupazioni legate alla gestione dei figli. Ai fini del nostro studio, è importante ascoltare le donne quando esprimono le preoccupazioni legate alla condizione di immigrate: la mancanza di supporto, dovuta alla lontananza della famiglia di origine, la solitudine durante la giornata, la necessità di lasciare i bambini molto piccoli per esigenze lavorative.

Come si sente quando pensa ai giorni prossimi? Serena, perché qui m'ha imparato a tenerlo al seno, ho imparato a mettere il pannolino e c'avevo paura perché è piccolo; quando mi ha detto a mettere il pannolino ha detto: "Ma come si fa? a me sembra piccolo ancora". E loro mi hanno spiegato, mi hanno fatto vedere mi hanno imparato e sono contenta. *Va a casa tranquilla?* Proprio tranquilla. *Come deve trascorrere questo periodo a casa? Cosa farà?* Stare con lui a giocare, passeggiare, andare in giro con lui. *C'è qualcosa che deve o non deve fare in questo periodo, qualche tradizione?* A non uscire per 40 giorni perché non è battezzato il bambino, come si dice, tradizione ma ...*(alza le spalle)* a me non importa tanto. Deve essere lui sano e basta. *(Int 16, Romania, 24 anni)*

Quando pensi di riprendere (a lavorare)? La signora mi ha detto che devo cominciare dopo tre mesi, non lo so forse vado prima, posso portare il bambino con me ma poi deve andare all'asilo. *Sai già a che asilo? Li conosci?* Devo decidere, ho visto qualcuno. *Tuo marito ti aiuterà con lui?* La mamma pensa al bambino, lui è contento. *Cosa farai in questo periodo di riposo a casa?* Normale, la mamma, devo pensare al bambino, poi quando vado a lavorare e lui all'asilo lo vedo poco. *(Int 44, Filippine, 30 anni)*

Io ho l'attenzione di rimanere a casa un anno per la mia bambina. *Con il lavoro?... come pensi di fare?* Ma dicono che ti pagano poco... però penso la bambina è prima del pagare. *Una scelta di mantenere maternità fino a un anno...* Sì sì, se legge permette per quello, va bene per la bambina. *(Int 14, Marocco, 39 anni)*

È spaventata dal rientro a casa? Un po'. Spero mio marito mi aiuti. In Romania la mamma ti aiuta. Se arriva mi aiuta. Ma poi sono senza. Spero mio marito mi aiuti. E non si arrabbi se la bambina piange e non dorme. (Int 18, Romania, 23 anni)

Sei contenta, hai qualche preoccupazione Sei una mamma molto giovane, straniera... Come ti senti? Spero di farcela con la bambina. Il fatto di vivere con il tuo ragazzo e i tuoi genitori, ti dà forza o preferiresti stare per conto tuo? No. Mi dà forza. Durante la giornata, starai sola o ci sarà qualcuno? No, ancora non lo so. Lavorano tutti. E le tue amiche? No, loro non possono venire. Allora starai un po' sola. Questo ti mette paura o starai tranquilla? No, mi mette paura. Non so se ce la farò, ma io lo spero. Di che hai paura? Paure stupide. Che se lei piange, mi dispero e non so come farla smettere. Sta tranquilla, basta che l'abbracci. Comunque tuo marito lo puoi contattare? Sì sì. (Int 33, Ecuador, 20 anni)

Tu quando esci? Non lo so. Magari domani. Come ti senti? Hai qualche preoccupazione? Sì, certo perché adesso restiamo solo noi due. Il papà lavora, torna la sera. Le tue sensazioni come sono? Forse mi potrà mancare qualcosa per portarla avanti sta bambina. Cosa? Non lo so. Diciamo la maniera di come capire questa bambina. A volte ci sono delle cose che non le capisci... È una cosa diciamo della natura. Però vorrei proprio capire, tu, donna peruviana in Italia, secondo te, c'è qualche preoccupazione in più? Per potermi sistemare magari, per l'orario di lavoro. Perché devo continuare a lavorare. La mia preoccupazione è inserire la bambina all'asilo nido. Mi sono informata di un po' di cose. (Int 29, Perù, 40 anni)

Perché sei preoccupata? Cos'è che ti dà preoccupazione? Nessuno da aiutare. Non c'è nessuno ad aiutarti. Amiche? C'è, ma tutte andate a lavorare. Tutte a lavorare? Sì, a lavorare. Cioè sei proprio sola sola? Sì, c'è sorelle mio marito, però loro lavorare. Finito alle sei di pomeriggio e viene a casa alle sette, sette e mezzo. Chi tua cognata, o tuo marito? Anche mio marito. Vengono a quell'ora? Sì. Cioè tu pensi di stare con qualcuno, solo verso le sette? Sì. (Int 32, Sri Lanka, 25 anni)

Nei prossimi giorni ritornerà a casa con il suo bambino... È serena di ritornare a casa? Sì... E come pensa di organizzarsi anche con l'altra bambina?... Ha qualche aiuto? Mio marito... E oltre a lui? Qualche amica? Parente? Nessuno... mia famiglia in Marocco... qui sola... Vorrebbe qualche aiuto in più...? Sì... ma no puoi. In Marocco ci si aiuta tra donne, vero? Sì... ma qui sola... solo mio marito. Non ha delle amiche che possono aiutarla un po'? Tutte sole co' bambini... (Int 20, Marocco, 27 anni)

Si sente abbastanza serena rispetto a questo momento? Mi sento serena però io sono un tipo che mi preoccupa subito di qualsiasi cosa, nel senso che "Ce la farò a fare la mamma brava (sottolinea brava)? A non stare sempre lì attaccata al figlio, a lasciarlo respirare, all'educazione?" Penso al suo futuro... però mi metto sempre la domanda "Ce la farò a fare la mamma brava?" La domanda di tutte le mamme... Sì, sì, sì...(ride) Rispetto alla sua cultura, ha qualche idea rispetto a questo periodo? Deve riposarsi, deve stare più tranquilla...? Posso fare tutto quello che devo fare, anche perché i miei genitori non sono qua vicino, i suoi neanche, siamo tutti e due quindi ci dobbiamo aggiustare (ride). Non mi permetto di far dare una mano da qualcuno, mia sorella abita in Veneto... Per adesso abbiamo pensato di iscriverla subito all'asilo perché se un domani devo riprendere a lavorare, come faccio? Da un'altra parte penso che devo aspettare ancora un pochettino, perché la bambina ha 8-9 mesi, così, perché, andando all'asilo, pago un casino di soldi, si paga un casino di soldi, quindi non so se mi conviene. Tanto tre mesi di maternità li ho e poi... Poi può prolungare eventualmente... Speriamo solo di farcela. Un po' di soldini per i giorni più difficili li abbiamo messi da parte, però non si sa mai cosa succede il giorno dopo! (ride) (Int 15, Romania, 29 anni)

Lavori su turni? Sì, io lavoro su turni. Qua è anche un altro problema, adesso non so se più avanti forse lo risolvo, se mi danno un altro orario. Perché come faccio: sei fino alle dieci di notte con la bimba piccola è un po' un problema questa cosa. Ma a casa c'è tuo marito? Comunque a casa mi danno... ci sono i miei suoceri... Loro sono qua, mi danno una mano. (Int 7, Albania, 24 anni)

Quanto vuoi stare a casa con la bambina? Tre o quattro mesi. Dopo tre o quattro mesi secondo te puoi già iniziare a lavorare metterla in questo asilo nido? Sì perché io faccio sempre otto ore, sette, al giorno e così se sta al nido dalle nove alle quattro alle cinque va benissimo. L'asilo nido lo conosci o lo conoscono alla cooperativa? Sì, io lo conoscevo già. Come mai lo conoscevi già? Sai, le donne, una spiega all'altra, dato che quello dato che l'altro, sono andata. (Int 17, Marocco, 43 anni)

Conclusioni

L'indagine qui descritta rappresenta, per ampiezza dei temi trattati, per numerosità dei soggetti intervistati e per livello della copertura territoriale, il primo studio sul percorso nascita effettuato specificamente sulle donne straniere. Il fenomeno della immigrazione femminile è in costante evoluzione e il suo peso nell'ambito dell'assistenza al percorso nascita è rilevante se si considera che la maggioranza delle donne immigrate è in età riproduttiva e che la causa principale per la quale si trovano in Italia è il ricongiungimento familiare, cioè il perseguimento di un progetto di vita familiare. Per l'anno 2007 dall'analisi dei Certificati di Assistenza al Parto (CeDAP) si è stimato che il 15,9% dei parti è relativo a cittadine straniere (14). La presenza di vari aspetti sociali, economici e culturali specifici per le diverse aree geografiche di provenienza delle donne straniere presenti in Italia giustificano una valutazione comparativa del percorso nascita anche rispetto alle donne italiane. Da un punto di vista socio-demografico le partorienti straniere rispetto alle italiane sono più giovani e con più figli e hanno un livello di istruzione più basso, anche se una buona quota (16,7%) ha un livello di istruzione elevato avendo effettuato almeno 16 anni di studio. Inoltre poco più della metà di loro dichiara di avere un'occupazione, meno delle italiane quindi. Circa un terzo delle donne straniere intervistate ha una conoscenza scarsa o nulla della lingua italiana ma sono soprattutto le donne provenienti dalle aree asiatica e africana ad avere problemi di comunicazione. Lo stato di salute generale delle donne straniere durante la gravidanza appare simile a quello delle italiane tranne che per una maggiore presenza di problemi di anemia e di infezioni delle vie urinarie, soprattutto tra le donne africane e sud-americane, confermando quanto già rilevato in indagini precedenti (15). Per quanto riguarda i vari aspetti legati alla prevenzione e cioè vaccinazioni effettuate nel corso della vita e test e screening effettuati in gravidanza, appare evidente come le straniere siano poco informate, subiscano quindi passivamente le decisioni di carattere assistenziale preventivo e non vengano messe nelle condizioni di partecipare ad una scelta consapevole, soprattutto quando sono possibili più soluzioni alternative.

Fondamentalmente da questa indagine emerge come, a fronte di una assistenza ospedaliera tendenzialmente omogenea per cittadinanza, si differenzi invece l'assistenza extra-ospedaliera cioè quella in gravidanza e nel post-partum, come si evidenzia osservando i principali indicatori di processo. Le donne che effettuano la prima visita oltre il terzo mese di gravidanza, mettendo così in luce la presenza di una prima criticità nel percorso assistenziale, sono il 12,8% delle straniere e il 5,4% delle italiane. Questi valori non sono molto diversi da quelli rilevati dall'analisi dei CeDAP del 2007, straniere 16,2%, italiane 3,6% (14). È importante sottolineare come tra i fattori associati con l'effettuazione della prima visita oltre il terzo mese di gravidanza vi sia la mancanza del permesso di soggiorno. Condizioni di svantaggio e di disagio sociale si riflettono immediatamente quindi nella capacità o possibilità di usufruire delle opportunità assistenziali esistenti. Altro aspetto messo in evidenza dalle interviste approfondite, è una specificità delle donne rom che, per cultura e tradizione, non ritengono necessarie le visite prenatali, considerando la gravidanza un evento naturale che deve seguire il suo corso. Tutto questo ripropone per i servizi assistenziali l'importanza di lavorare nell'ottica dell'offerta attiva con particolare attenzione agli aspetti della comunicazione e dell'informazione. Uno dei più importanti indicatori di appropriatezza dell'assistenza alla gravidanza è costituito dal numero di ecografie effettuate. Il Ministero della Salute ne indica 3 come numero adeguato per una gravidanza non a rischio, e sono 3 quelle che vengono offerte gratuitamente dal Servizio Sanitario Nazionale a tutte le donne che affrontano una gravidanza (16). La Linea Guida sulla gravidanza fisiologica prodotta recentemente ne raccomanda invece 2 (17). I risultati mostrano come si sia molto lontani dai valori raccomandati. Il numero medio di ecografie effettuate in gravidanza risulta per le straniere inferiore rispetto alle italiane, 4,6 verso 6,5. Questi valori

diversi, si spiegano probabilmente con la diversa tipologia di assistenza ricevuta. In particolare, ben il 34,3% delle straniere verso il 6,3% delle italiane è stata seguita da un CF a fronte di un 23,6% verso il 76,8% seguita da ginecologo privato. Un altro indicatore che mostra un diverso livello assistenziale tra straniere e italiane è rappresentato dal ricorso alle tecniche di diagnosi prenatale. Questo indicatore, infatti, risulta decisamente più basso nelle straniere per tutte le tecniche considerate. Se leggiamo questo dato insieme con quello relativo agli esiti del parto, cioè maggiore prevalenza di nati pretermine tra le straniere, di nati con basso peso e di punteggio Apgar a 5' <8, si delinea meglio un'area di criticità rappresentata appunto dall'assistenza prenatale.

Uno degli indicatori più importanti per valutare la qualità dell'assistenza in gravidanza è la prevalenza di donne che hanno partecipato ad un corso di accompagnamento alla nascita. La partecipazione ai CAN è stata identificata nel POMI, come un obiettivo operativo specifico nell'ottica dell'empowerment della donna e, più in generale del raggiungimento degli obiettivi di promozione della salute. Attraverso una offerta attiva dei CAN è possibile ridurre le disuguaglianze sociali nell'assistenza dovute alle maggiori difficoltà che le categorie di donne più svantaggiate, come sono le donne straniere provenienti dalle aree geografiche ad economia meno avanzata, incontrano nel cogliere le opportunità assistenziali esistenti. Questo indicatore è forse quello più sensibile alle disuguaglianze sociali. Solo il 14,8% delle donne straniere ha partecipato ad un CAN durante l'attuale gravidanza verso il 43,2% delle italiane. Da notare che anche tra le donne italiane il basso livello di istruzione e lo stato di non occupata sono associati a una minore partecipazione ai CAN, come rilevato in altre indagini (1, 9), dal che si può dedurre che è il disagio sociale ad essere associato a peggiori indicatori di salute e la condizione di immigrata è una delle caratteristiche del disagio, rispetto al quale il servizio sanitario pubblico ha una assoluta obbligazione, che ne giustifica l'esistenza: ridurre gli effetti sulla salute delle disuguaglianze sociali.

Le ragioni di queste differenze sono da ricercare in buona parte nelle difficoltà di comunicazione e nella difficoltà di riuscire a conciliare l'impegno di partecipare ad un corso con le proprie esigenze di vita e con quelle lavorative. Ma a queste ragioni bisogna aggiungere anche una reale minore conoscenza dei servizi esistenti sul territorio e dei percorsi di accesso. Emerge l'opportunità che gli operatori sanitari dedichino una maggiore attenzione nel soddisfare potenziali bisogni conoscitivi della donna, in particolare quella straniera, anche se non esplicitamente espressi; non a caso la fonte informativa più citata è tendenzialmente la famiglia o gli amici.

Il principale indicatore di risultato del percorso nascita e cioè la prevalenza di parti con taglio cesareo ha un valore simile per straniere e italiane, 27,3% e 26,7% rispettivamente ed è al di sotto del valore stimato dall'analisi dei CeDAP pari al 34,3% solo per gli ospedali pubblici. Sempre dall'analisi dei CeDAP si è inoltre stimato che per le donne straniere il ricorso al TC è minore che per le italiane e pari al 27,8% verso il 39,3%. Quindi viene confermato il dato delle straniere mentre per le italiane la nostra indagine registra un valore più basso. Va ricordato però che l'indagine è stata condotta in punti nascita selezionati per l'alto numero di donne straniere che vi afferiscono, presenti prevalentemente al Nord dove il ricorso al TC è molto più contenuto rispetto al Centro e soprattutto al Sud, quindi non sono necessariamente rappresentativi dell'assistenza pubblica sull'intero territorio italiano. Nonostante il ricorso al parto con taglio cesareo sia inferiore rispetto a quanto rilevato a livello nazionale, va sottolineato come sia comunque molto superiore rispetto alla percentuale che rappresenta il valore appropriato (15-20%) secondo varie istituzioni (18, 19). A tal proposito è stata recentemente prodotta la Linea Guida sul Taglio Cesareo come scelta appropriata e consapevole (20). Tendenzialmente gli indicatori di assistenza ospedaliera sono simili tra straniere e italiane; anche per l'assistenza ospedaliera però, così come per gli aspetti che riguardano l'assistenza ricevuta in gravidanza, si

rileva una minore conoscenza da parte delle donne straniere delle pratiche cui sono state sottoposte. Ad esempio, più delle italiane le donne straniere non sanno se il travaglio è stato indotto o se è stata praticata l'episiotomia.

Per quanto riguarda gli altri indicatori assistenziali ospedalieri, in particolare quelli predisponenti l'allattamento al seno, secondo quanto pubblicato congiuntamente dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) e UNICEF (*United Nations Children's Fund*) (21), si rilevano valori simili per cittadinanza ma comunque più bassi rispetto ai livelli ottimali, mettendo in evidenza un aspetto dell'assistenza migliorabile ma che non rappresenta una criticità specifica per le donne straniere.

L'allattamento esclusivo al seno fino ad almeno 6 mesi di vita del bambino costituisce un obiettivo di primaria importanza di salute pubblica, come indicato dal Ministero della Salute (22), e viste le evidenze scientifiche sulle implicazioni che tale pratica ha in termini di salute sia del bambino che della madre (23). La maggioranza delle donne straniere e italiane, più dell'80%, entro pochi giorni dal parto, dichiara di allattare al seno in modo completo e, anche se in generale non ci sono differenze per cittadinanza, si rileva però una specificità delle donne asiatiche per l'alta percentuale di donne che allatta in modo artificiale, 11,9%. Come già osservato in altre sedi, questo dato può trovare una spiegazione nell'ambito di una scelta di tipo socio-culturale, la popolazione cinese, infatti, sembra preferire far crescere i propri figli, da appena nati, nel Paese di origine con nonni e/o parenti rimasti a casa. Si preferisce quindi distaccare subito la madre dal bambino, il che, paradossalmente, mostra quanto sia importante per la relazione l'allattamento al seno (24).

Un aspetto che emerge in modo abbastanza costante sui vari argomenti trattati per le straniere, è la carenza di informazioni ricevute da personale/strutture sanitarie assistenziali. Molto spesso, infatti, alla domanda da chi abbiano ricevuto informazioni su aspetti specifici legati al percorso nascita, sono indicati soprattutto gli amici e i familiari. Questo dato emerge chiaramente anche dalle interviste approfondite attraverso le quali si evince che c'è una ulteriore fonte informativa personale che è il datore di lavoro. L'esperienza di una gravidanza e di un parto mette la donna in contatto con il sistema assistenziale in vari momenti e sedi ma spesso questo contatto, in particolare per le donne straniere, si configura certamente come un intervento assistenziale ma anche come una mancata occasione per fornire attivamente informazioni e attivare così processi di empowerment. Non solo quindi carenza di informazioni sugli interventi/analisi cui sono state sottoposte nella struttura ospedaliera come già detto sopra, ma anche sui diritti delle donne in gravidanza e nel puerperio, sulla presenza di strutture assistenziali sul territorio, sull'allattamento al seno, sulla contraccezione, su come affrontare il rientro a casa, confermando bisogni e criticità già rilevati in altre indagini (7-11). Una considerazione particolare va fatta per quanto riguarda l'importanza di ricevere una adeguata informazione sulla contraccezione. È questo un tema che è stato molto approfondito in passato e di cui si è sempre ribadita l'importanza e l'efficacia nel prevenire eventi traumatici come l'interruzione volontaria di gravidanza (25). Da questa indagine è emerso come le donne straniere rispetto alle italiane, siano ricorse in passato più frequentemente all'interruzione volontaria di gravidanza, come più frequentemente abbiano fallito l'uso di un metodo contraccettivo, come alla ripresa dei rapporti sessuali intendano usare di meno un metodo di procreazione responsabile e come sia alta la percentuale di donne che giustifica tale scelta con la non conoscenza dei metodi e/o con la paura. Solo una minima parte dichiara di non volerli usare per motivi religiosi-culturali. 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 può passare attraverso una organizzazione dei servizi che garantisca una continuità assistenziale soprattutto nel servizio pubblico. Una

delle cause di disagio emersa dalle interviste, in particolare per donne che si sono rivolte in prima istanza ad un CF, è stato il dover far riferimento a operatori sanitari ogni volta diversi anche se appartenenti alla stessa struttura. Emerge quindi il bisogno di una figura professionale di riferimento costante o quantomeno di una continuità della presa in carico durante il percorso assistenziale come viene garantita nell'assistenza privata.

Gli strumenti e gli interventi che possono aiutare nel migliorare l'assistenza al percorso nascita delle donne straniere e che possono agire nel senso del superamento delle disuguaglianze nell'assistenza dovute alle maggiori difficoltà economiche, di comunicazione, di tempo incontrate dalle donne straniere sono dunque sintetizzabili nei seguenti punti:

- la presa in carico globale della donna in gravidanza e fino al puerperio da parte del sistema assistenziale non come atto di passivo affidamento ma sempre in un'ottica di attivazione dei processi di empowerment;
- il potenziamento dei servizi assistenziali pre- e post-partum con una struttura organizzativa flessibile che vada incontro alle esigenze delle donne straniere in particolare in termini di giorni e orari di apertura e garantendo sempre la presenza di personale assistenziale femminile;
- un'adeguata formazione del personale con particolare attenzione agli aspetti dell'informazione e della comunicazione che metta in grado di lavorare nell'ottica "dell'offerta attiva";
- la presenza di mediatori culturali che permettano di superare le difficoltà di comunicazione e di comprendere e superare difficoltà legate ad aspetti di tipo religioso-culturale;
- la riflessione costante sui possibili effetti negativi del disagio sociale, che riguardi le italiane o le straniere non fa differenza (la condizione di straniera può essere assunta come cartina di tornasole), testimoniando difetti programmatori, operativi ed esecutivi del servizio sanitario pubblico.

Bibliografia

1. Grandolfo M, Lauria L, Lamberti A., Il percorso nascita: promozione e valutazione della qualità dei modelli operativi. Principali risultati dell'indagine sul percorso nascita. Presentato al Convegno *Il Percorso Nascita nella prospettiva del Progetto Obiettivo Materno Infantile – POMI*; Istituto Superiore di Sanità, Roma, 28 aprile 2010. Disponibile all'indirizzo: http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/PDF_Convegno_28-Apr-2010/Lauria_Principali%20Risultati_.pdf; Ultima consultazione 27/6/2011
2. Zaffaroni M. Nascere stranieri. *Salute e Territorio* 2001;126:111-13.
3. Burgio A, Viola G, Geraci S, Baglio G. Ospedalizzazione tra gli stranieri. In: *Rapporto Osservasalute 2008*. Milano: Prex SpA; 2008. p. 301-6.
4. Geraci S. Il ruolo determinante degli enti locali. In: Geraci S, Maisano B. (Ed.). *Una porta aperta. La salute come occasione d'incontro con la comunità cinese*. Bologna: Lombar Key; 2010.
5. Caritas/Migrantes. *Immigrazione. Dossier Statistico 2010 – XX Rapporto*. Roma: IDOS, 2010.
6. Costa G. La salute degli immigrati come costruzione sociale. In: Allasino E, Andolina L, Sisti M, Valetti R (Ed). *Promuovere la mediazione culturale in Piemonte*. Torino IRES – Istituto di Ricerche Economico-Sociali del Piemonte; 2006. (Contributi di Ricerca 197/2006). p.112-31.
7. Spinelli A, Grandolfo M, Donati S, Andreozzi A, Longhi C, Bucciarelli M, Baglio G. Assistenza alla nascita tra le donne immigrate. In: Morrone A, Spinelli A, Geraci S, Toma L, Andreozzi S (Ed.). *Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2003. (Rapporti ISTISAN 03/4). p. 11-22.

8. Spinelli A, Donati S, Baglio G, Lauria L, Forcella E, Pediconi M, Timperi F, Bucciarelli M, Andreozzi S, Grandolfo M. Gravidanza, parto e aborto nelle donne immigrate. In: *Atti 86° Congresso SIGO 51° Congresso AOGOI*, Milano 14-17 novembre 2010.
9. Donati S, Spinelli A, Grandolfo ME, Baglio G, Andreozzi S, Pediconi M, Salinetti S. L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia. *Ann Ist Super Sanità* 1999;35:289-96.
10. Loghi M, D'Enrico A, Spinelli A. Abortività volontaria da donne straniere. In: *Rapporto Osservasalute 2008*. Milano: Prex S.p.A.; 2008. p. 288-292.
11. Spinelli A, Forcella E, Di Rollo S, Grandolfo ME. *L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2006. (Rapporti ISTISAN 06/17).
12. Istituto Nazionale di Statistica. *La popolazione straniera residente in Italia al 1° gennaio 2009. Statistiche in breve*. Roma: ISTAT; 8 ottobre 2009. Disponibile all'indirizzo: http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20091008_00/ ultima consultazione 15/03/2011.
13. Taruscio D, Morciano C. Strategie di prevenzione primaria di difetti congeniti mediante acido folico: un workshop presso l'Istituto Superiore di Sanità. *Not Ist Super Sanità* 2006;19(1):9-10.
14. Boldrini R, Di Cesare M, Tamburini C (Ed.). *Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2007*. Roma: Ministero della Salute. 2010. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1338_allegato.pdf. Ultima consultazione 15/03/2011.
15. Medda E, Spinelli A. La salute riproduttiva: nati vivi, interruzioni volontarie di gravidanza e aborti spontanei. In: Baglio G, Cacciano L, Matera E, Guasticchi G. (Ed.). *Rapporto sull'assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio. Anno 2000*. Roma: Monografie Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio; 2002. p. 35-53.
16. Ministero della Sanità. Decreto ministeriale 10/09/1998, aggiornamento del decreto ministeriale 06/03/1995 concernente l'aggiornamento del decreto ministeriale 14/04/1984 recante i protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità. *Gazzetta Ufficiale, Serie Generale* n. 245 del 20/10/1998.
17. SNLG-ISS. *Gravidanza fisiologica. Linea guida 20*. Roma: Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Centro per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sanitaria; 2010. Disponibile all'indirizzo: http://www.snlg-iss.it/lgn_gravidanza_fisiologica_2010; ultima consultazione 15/03/2011.
18. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985;2:436-7.
19. Fortino A, Lispi L, D'Ippolito F, Ascone G. *L'eccessivo ricorso al taglio cesareo – analisi dei dati italiani*. Roma: Ministero della Sanità; 2002. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1000_allegato.pdf; ultima consultazione 15/03/2011.
20. SNLG-ISS. *Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole. Linea guida 19*. Roma: Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità; 2010; Disponibile all'indirizzo: http://www.snlg-iss.it/lgn_taglio_cesareo_assistenza_donne; ultima consultazione 15/03/2011.
21. World Health Organization. *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. Geneva: WHO, Division of Child Health and Development; 1998. (WHO/CHD/98.9).
22. Ministero della Sanità. Progetto Obiettivo Materno Infantile. D.M. 24/4/2000. *Gazzetta Ufficiale* n.131. Suppl. Ord. n.89 del 7/6/2000.
23. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Review), *The Cochrane Library* 2009;4.

24. Pittau F, Di Sciullo L, Ricci A. L'immigrazione cinese nell'era della globalizzazione. La presenza in Italia e nell'area romano-laziale. In: Geraci S, Maisano B. (Ed.). *Una porta aperta. La salute come occasione d'incontro con la comunità cinese*. Bologna:Lombar Key; 2010.
25. Grandolfo ME, Spinelli A, Donati S, Pediconi M, Timperi F, Stazi MA, Andreozzi S, Greco V, Medda E, Lauria L. *Epidemiologia dell'interruzione volontaria di gravidanza in Italia e possibilità di prevenzione*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 1991 (Rapporti ISTISAN 91/25).