



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO

CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA

Presidente Prof.ssa Alessandra Andrisani

TESI DI LAUREA:

L'accesso ai servizi delle donne straniere in gravidanza: studio osservazionale sul punto di vista di donne e ostetriche

Relatore: Dott.ssa Coletti Giada

LAUREANDA: Schievano Ilaria

ANNO ACCADEMICO 2023/202



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO

CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA

Presidente Prof.ssa Alessandra Andrisani

TESI DI LAUREA:

L'accesso ai servizi delle donne straniere in gravidanza: studio osservazionale sul punto di vista di donne e ostetriche

Relatore: Dott.ssa Coletti Giada

LAUREANDA: Schievano Ilaria

ANNO ACCADEMICO 2023/2024

*A tutte le donne
provenienti dall'altra parte del mondo,
che in questi tre anni
hanno delicatamente
intrecciato frammenti del loro cammino
con il mio.*

*È stato un grande privilegio
conoscere le vostre storie fragili;
percepire i vostri cuori audaci;
ascoltare i vostri silenzi
e assistervi
nel viaggio,
talvolta complesso,
talvolta sublime
che è Dare la Vita.*

Grazie per aver ispirato questo umile progetto.

INDICE

<i>Abstract (italiano)</i>	1
<i>Abstract (english)</i>	3
<i>Capitolo 1: la gravidanza nelle donne immigrate e il loro accesso ai servizi</i>	5
1.1 L’immigrazione in Italia: i tassi e le sfide del migrante	5
1.2 La gravidanza nelle donne immigrate in Italia: i dati.....	6
1.3 Il modello assistenziale alla maternità in Italia	7
1.4 L’accesso ai servizi in gravidanza da parte delle donne straniere: i dati.....	8
<i>Capitolo 2: i limiti dell’assistenza alla maternità per le donne straniere</i>	9
2.1 Limiti sull’accesso ai servizi in gravidanza da parte delle donne straniere	9
2.2 “Cultural competence”. Alle radici del concetto	12
2.3 Formazione delle ostetriche in ambito interculturale	14
<i>Scopo dello studio</i>	16
<i>Materiali e metodi</i>	17
Disegno dello studio	17
Campione dello studio	17
Raccolta dati e strumenti di rilevazione	18
Analisi dei dati.....	19

<i>Risultati</i>	20
<i>Discussione</i>	52
<i>Conclusioni</i>	59
<i>Bibliografia</i>	60
<i>Sitografia</i>	68
<i>Allegati</i>	69
Allegato 1	69
Allegato 2	70

ABSTRACT (ITALIANO)

Background: Il fenomeno dell'immigrazione è sempre più attuale e, in Italia, il 49,8% dei migranti sono donne. Oltre alle difficoltà che può incontrare un individuo straniero nel paese ospitante, molto spesso, le donne devono affrontare avvenimenti legati alla propria salute sessuale e riproduttiva, come gravidanza, parto e post parto. Infatti, nel nostro paese, circa il 20% delle gravidanze sono sostenute da donne immigrate, nonostante ciò, il loro accesso ai servizi in gravidanza è ancora limitato rispetto alle cittadine italiane. Di conseguenza la sanità pubblica e il personale ostetrico necessita di offrire cure culturalmente congruenti ai bisogni di queste donne, seguendo un approccio interculturale.

Scopo dello studio: Indagare l'accesso ai servizi delle donne straniere in gravidanza sotto vari aspetti, evidenziarne i bisogni e sondare l'approccio usato dalle ostetriche nei loro confronti.

Materiali e metodi: È stato condotto uno studio cross sectional attraverso due tipologie di questionari. Il primo questionario è stato erogato ad un gruppo eterogeneo di donne straniere durante il periodo di maggio e settembre 2024, arruolate presso l'Ambulatorio delle Gravidanze a Termine e il reparto di Ostetricia dell'ospedale Ca' Foncello di Treviso. Un altro questionario è stato distribuito alle ostetriche consultoriali del Distretto di Treviso (Consultori Familiari di Treviso, Villorba, Quinto di Treviso, Preganziol, Mogliano Veneto e Roncade) e alle ostetriche ospedaliere di Treviso, Conegliano e Montebelluna attraverso Google Moduli.

Risultati: 100 donne e 54 ostetriche hanno risposto ai questionari. Sono state riscontrate difficoltà nella comunicazione dal 51% delle donne e dalla maggioranza delle ostetriche. Risulta appropriato l'accesso alle visite, ma scarsa la partecipazione al corso parto. Si sottolinea il ruolo considerevole che la rete familiare ha per le donne straniere, per facilitare la comunicazione e navigare nei servizi offerti in gravidanza. Le ostetriche si ritengono mediamente in grado di erogare cure culturalmente congruenti alle donne, ma sperano che in futuro l'intercultura in ostetricia faccia parte del percorso di studio di future colleghe.

Conclusioni: Nonostante il bisogno di comunicare assiduamente espresso dalle donne straniere, emergono anche barriere linguistiche e culturali che, da una parte impediscono alle donne straniere un facile accesso ai servizi in gravidanza; d'altra parte, rendono complesso l'approccio nei loro confronti da parte delle ostetriche. Si ritiene fondamentale, quindi, approfondire il tema, promuovendo politiche sanitarie più inclusive, così da facilitare l'accesso ai servizi delle donne straniere e incrementarne il tasso che vi prende parte. Allo stesso tempo, è necessario formare future ostetriche culturalmente competenti, diminuendo, così, l'incidenza di patologie ostetriche strettamente legate all'etnia.

ABSTRACT (ENGLISH)

Background: Immigration phenomenon increases its significance and the 49,8% of migrants consists in women, in Italy. Women have to face events concerning their sexual and reproductive health, such as pregnancy, childbirth and postpartum, apart from the cultural issues that a refugee can meet while migrating to a foreign country. In fact, the 20% of pregnancy are from foreign women, in our country. Despite this, their access to maternity health services is limited, compared to Italian citizens. Consequently, public health and midwifery professionals have to offer culturally appropriate care assistance to these women, in order to fulfill their needs and expectations, by using an intercultural approach.

Aim: Investigate the immigrant women's access to maternity health services in many aspects, highlighting their needs and examine midwives' approach towards them.

Method: A cross sectional study was conducted through two kinds of questionnaires. The first questionnaires was targeted to a heterogeneous group of foreign women from May to September 2024. They were interviewed in the Pregnancy Clinic and the Maternity Ward at Ca' Foncello Hospital, in Treviso.

The other questionnaire was distributed through Google Forms to the antenatal clinic's midwives of Treviso district (including antenatal public clinics of Treviso, Villorba, Quinto di Treviso, Preganziol, Mogliano Veneto e Roncade) and to midwives working in hospital in Treviso, Conegliano and Montebelluna.

Findings: 100 women and 54 midwives answered the questionnaires. 51% of women and the majority of midwives pointed out issues in communication. The access rating to antenatal visits is appropriate, but the participation to antenatal course is inadequate. The home network plays a significant role in women's way of communicating and navigating the National Health System. Midwives feel they are able to provide culturally consistent assistance to immigrated women, but they hope that a subject about intercultural in midwifery will be incorporated in their future colleagues' formation.

Conclusion: Although women's remarkable need for communication with midwifery staff, linguistic and cultural barriers emerged. On the one hand they prevent women from easy access to maternity services; on the other hand they make midwives' approach towards them more complex. Therefore, it's essential to deepen this issue, promoting more inclusive health policies, in order to make immigrant women's access to maternity services easier and increasing their accessibility rates. Equally, it's fundamental to train future culturally competent midwives and, as a consequence, reducing the impact of obstetric pathologies strictly related to ethnicity.

CAPITOLO 1: LA GRAVIDANZA NELLE DONNE IMMIGRATE E IL LORO ACCESSO AI SERVIZI

1.1 L'immigrazione in Italia: i tassi e le sfide del migrante

I flussi migratori di cittadini non comunitari in Italia sono aumentati negli ultimi anni, arrivando ad un accrescimento dell'85,9% nel 2022, a seguito del rilascio di 449.118 nuovi permessi di soggiorno. La cifra viene in parte giustificata dai permessi per protezione temporanea emessi ai cittadini ucraini, nonostante ciò, l'ammontare complessivo dei permessi rilasciati è pari a 300.474, che equivale al tasso più elevato di ingressi registrato nell'ultimo decennio.

Al 1° gennaio 2023 la quota di cittadini non comunitari con regolare permesso di soggiorno in Italia è pari a 3.727.706 e, rispetto al 2022, si registra un aumento del 4,7%. Tra questi, l'età media si aggira sui 35 anni e il 49,8% sono donne (ISTAT, 2023).

Il fenomeno dell'immigrazione porta l'individuo che deve allontanarsi dal suo paese natio ad affrontare delle sfide, che consistono principalmente in: difficoltà di comunicazione, emarginazione socio-politica e ridotto accesso ai servizi offerti dal paese ospitante per una lontananza, da quest'ultimo, di tipo culturale. Ciò può influenzare negativamente l'integrazione del migrante nel paese ospitante, che, quindi, diventa a lui ostile (Clare L. Zhu, 2023, Suphanchaimat, R., Kantamaturapoj, K., Putthasri, W., & Prakongsai, P., 2015).

In particolare, considerando le donne immigrate, esse si possono trovare a dover affrontare ulteriori significative circostanze di vulnerabilità, che concernono la propria salute sessuale e riproduttiva, tra cui la gravidanza e il parto. Questi eventi portano la donna a navigare all'interno di un Sistema Sanitario a lei sconosciuto e ad interfacciarsi con servizi lontani dalla sua identità culturale. Ecco perché è essenziale porre notevole attenzione all'area della maternità in un'ottica interculturale (Clare L. Zhu, 2023).

1.2 La gravidanza nelle donne immigrate in Italia: i dati

Dal rapporto nascite del 2022, si evince che circa il 20,0% dei parti è relativo a madri di cittadinanza straniera. Il fenomeno è maggiormente diffuso nelle zone a maggiore densità immigrata, ovvero al centro-nord, dove la percentuale dei parti avvenuti da madri non italiane sale al 26% (Certificato di Assistenza al Parto – CEDAP, 2022). In particolare, dalle ultime fonti ufficiali sulle stime della natalità in Veneto, tale dato è pari al 27,35%, valore che si rivela superiore a quello registrato a livello nazionale del 19,6% (Registro Nascita Regione Veneto, 2023).

A livello nazionale, le aree geografiche di appartenenza maggiormente rappresentate sono quella dell’Africa (28,7%) e dell’Unione Europea (19,6%), mentre, quelle meno presenti sono di origine Asiatica (19,3%) e Sud Americana (7,9%).

Visualizzando i dati relativi l’età in cui una donna affronta la maternità, si rileva che le cittadine straniere diventano madri molto prima rispetto a quelle italiane. Infatti, la maggior parte delle donne nate in Italia (65%) partorisce nella classe di età tra i 30 e i 39 anni; mentre, considerando le donne immigrate, il 45% di esse partorisce nell’età compresa tra 20 e 29 anni. In particolare, l’età media delle donne italiane al primo figlio è superiore a 31 anni in tutte le regioni, mentre l’età delle donne straniere diminuisce a 29,2 anni.

Considerando il livello di istruzione, si può dedurre che il 42,5% delle donne che hanno partorito nell’anno 2022 ha un livello di scolarità medio-alto, in opposizione alle madri non italiane, di cui la maggior parte (41,3%) ha una scolarità medio-bassa. Questo dato è fortemente collegato ai tassi di occupazione femminile delle madri in Italia, che evidenzia che il 66,1% delle madri italiane ha un’occupazione lavorativa, mentre, circa la metà delle madri immigrate (50,4%) fa la casalinga (Certificato di Assistenza al Parto – CEDAP, 2022).

1.3 Il modello assistenziale alla maternità in Italia

In Italia la sanità è regolata dall'istituzione del *Sistema Sanitario Nazionale (SSN)*, introdotto nel 1978, che, grazie alle sue strutture, eroga a tutti i cittadini, in egual maniera, le prestazioni sanitarie, basandosi sull'articolo 32 della Costituzione, che recita: “*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.*”

I principi fondamentali su cui si basa il Sistema Sanitario Nazionale sono l'universalità, l'uguaglianza e l'equità. Ciò significa che tutta la popolazione può accedere alle prestazioni, senza alcuna distinzione di tipo individuale, sociale ed economico e, infine, che a tutti i cittadini viene garantita la parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute (Pertini S. et al., 1978).

In tema di maternità, molti servizi sono garantiti dalle strutture pubbliche e le donne vi possono accedere gratuitamente. Essi consistono in servizi presenti all'interno dei *Livelli Essenziali di Assistenza*, che vengono definiti a livello nazionale ed erogati dai diversi enti regionali (Istituto Superiore di Sanità, 2017). Inoltre, il percorso generale di cura alla maternità è stato definito dal Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI), che stabilisce che le donne con una gravidanza fisiologica devono avere come figura professionale di riferimento l'ostetrica all'interno di strutture pubbliche, chiamate *Consultori Familiari*.

I *Consultori Familiari* vengono istituiti nel 1975 (Legge 407/75) al fine di promuovere e tutelare la salute femminile e dell'età evolutiva. Infatti, essi rappresentano dei luoghi dove vengono erogati servizi alla gravidanza, al parto, al post parto e alle situazioni di fragilità sociale. Essi seguono un approccio multidisciplinare con l'obiettivo di garantire la promozione della salute psicofisica della donna. Infatti, secondo la loro prospettiva, la donna viene posta al centro delle cure, distaccandosi dall'approccio biomedico precedentemente utilizzato.

I servizi alla maternità proposti dai *Consultori Familiari* consistono in: corsi di accompagnamento alla nascita, a cui possono accedere tutte le donne in gravidanza e che permettono loro di acquisire conoscenze e competenze per quanto riguarda la maternità, il momento del travaglio, il parto e il sostegno al post parto. In particolare, per assicurare alla donna un'assistenza continua, vengono offerte visite post parto con l'ostetrica, soprattutto per promuovere e sostenere l'allattamento al seno (Laura Lauria, 2013).

1.4 L'accesso ai servizi in gravidanza da parte delle donne straniere: i dati

Dalle Linee Guida sulla Gravidanza Fisiologica sull'assistenza e il monitoraggio della gravidanza (2011), si stima che, per assicurare alla donna un'accurata sorveglianza alla gravidanza, le visite prenatali non devono essere inferiori a 4 e che la prima visita dovrebbe idealmente avvenire entro le 10 settimane di gestazione.

Considerando questi concetti e confrontandoli con i dati di accesso delle donne straniere alle visite di controllo in gravidanza, si evidenzia che soltanto l'1,3% non si sottopone ad alcun controllo in gravidanza, diversamente dal medesimo dato riguardante le donne italiane, che scende allo 0,7%. (Certificato di Assistenza al Parto – CEDAP, 2022).

Invece, per quanto concerne il timing della prima visita, si può notare che la percentuale delle donne straniere che si sottopongono alla prima visita dopo l'undicesima settimana di gravidanza è pari a 10,5%, rispetto all'1,9% delle donne italiane, evidenziando importanti correlazioni con le caratteristiche socio-demografiche materne, tra cui: la cittadinanza, il titolo di studio e l'età. Considerando il titolo di studio, invece, si evince che le madri con scolarità medio-bassa si presentano al primo controllo di gravidanza più tardivamente: l'11,3% delle donne con titolo di studio elementare o nessun titolo, a differenza di coloro con scolarità alta, in cui la percentuale scende al 2,9% (Certificato di Assistenza al Parto – CEDAP, 2022).

CAPITOLO 2: I LIMITI DELL'ASSISTENZA ALLA MATERNITÀ PER LE DONNE STRANIERE

2.1 Limiti sull'accesso ai servizi in gravidanza da parte delle donne straniere

Conseguentemente alle premesse fatte, si può affermare che la sanità pubblica deve continuamente fare i conti con il sempre più attuale fenomeno dell'immigrazione, poiché le differenti etnie presenti all'interno del nostro paese mostrano tratti socio-demografici e clinici differenti, che richiedono un approccio assistenziale personalizzato per ogni casistica.

Anche in letteratura è ampiamente descritto come l'etnia possa avere un'influenza sull'insorgenza di alcune patologie ostetriche. Infatti, nelle donne immigrate si rilevano maggiori tassi di preeclampsia, diabete gestazionale, parto pre termine, basso peso fetale alla nascita, restrizione di crescita fetale, morte endouterina fetale e morte materna (Giuseppe Caruso, 2021; Khalil A, Rezende J, Akolekar R, Syngelaki A, Nicolaides KH, 2013; Salihu HM, Kinniburgh BA, Aliyu MH, et al., 2004; Paquier L, Barlow P, Paesmans M, et al., 2020; Manuck TA, 2017; Bryant AS, Worjolah A, Caughey AB, et al, 2010; Holdt Somer SJ, Sinkey RG, Bryant AS, 2017; Villalonga-Olives E, Kawachi I, von Steinbüchel N, 2017; Alexander GR, Wingate MS, Mor J, et al, 2007).

L'eziopatogenesi di tali complicazioni può dirsi essere multifattoriale e include fattori genetici ed epigenetici, disuguaglianze socio-culturali, povertà, stile di vita, nutrizione scorretta e approccio scorretto alla sorveglianza della propria salute (Giuseppe Caruso, 2021; Gould J.B., Madan A, Qin C, et al., 2003; Guendelman S, Buekens P, Blondel B, et al., 1999; Peláez S, Hendricks KN, Merry LA, et al., 2017; Mogos MF, Salinas-Miranda AA, Salemi JL, et al., 2017; Kana M.A., Correia S, Barros H., 2019).

Infatti, numerosi esperti hanno raccomandato di considerare il ruolo fondamentale che la componente culturale gioca all'interno dei servizi alla salute in gravidanza, poiché ciò implicherebbe una riduzione della mortalità materno-neonatale mondiale (Dwi Indah

Iswanti, 2024; N. Bibiano et al., 2023; D. W. Selbana, M. Derese, E. Sewmehone Endalew, and B. T. Gashaw, 2020), quindi si tratta di qualcosa degno di notevole attenzione.

Secondo ciò che viene riportato da Clare L. Zhu (2023), il problema del carente accesso ai servizi in gravidanza si basa sulla scarsità di disponibilità di centri di maternità sensibili ai diversi bisogni delle donne immigrate, dipendentemente dalla propria cultura di appartenenza.

Infatti, in alcuni studi si definisce come la maggior parte delle donne immigrate considerate si sottoponga alla prima visita in gravidanza dopo le 10 settimane gestazionali (Clare L. Zhu, 2023; Lu MC, et al. 2000), ricordando che questo è correlato a una probabilità aumentata di quattro volte di avere bambini con basso peso alla nascita e di sette volte di avere bambini nati pre termine (Clare L. Zhu, 2023; Lu MC, et al., 2000).

Per quanto concerne la conoscenza del Sistema Sanitario del paese ospitante e i servizi offerti alle donne in gravidanza, si ritiene che per la maggior parte delle donne, la principale difficoltà sia quella di orientarsi all'interno del Sistema Sanitario, includendo anche i limiti nel comprendere le tipologie di servizi offerti dalla nazione e la fatica nell'intendere come vengano gestiti quelli rivolti alla maternità (Clare L. Zhu, 2023; Sukhjeet Bains, 2021). Ciononostante, le donne straniere dichiarano interesse nel prendere parte a corsi atti a comprendere la struttura del Sistema Sanitario ed a incontri con altre donne in gravidanza che parlano la loro lingua, con una particolare intenzione a capire i diritti della donna in gravidanza. Infatti, la maggioranza di queste non è a conoscenza dell'esistenza dei corsi pre parto e, in ogni caso, dichiara di non potervi partecipare, a causa del principale limite, dettato dalla barriera linguistica, che non permette loro di comprendere a pieno le informazioni fornite (Clare L. Zhu, 2023; Reitmanova, S., & Gustafson, D. L., 2007; Phillimore, J. 2015).

Dal punto di vista della comunicazione con la donna straniera, inoltre, un aiuto valido nel processo può essere donato da un mediatore culturale, che in alcuni casi, però, risulta poco comprensibile alla donna, oppure non è considerato come una persona di fiducia da quest'ultima, che diviene diffidente nel renderlo partecipe alle proprie visite antenatali. Ciò

può comportare del disagio alla donna, che evita, quindi, di esprimersi in tematiche delicate e che, invece, necessiterebbero approfondimento, come può essere ad esempio un aborto. Oltre a ciò, anche la presenza di parenti che vengono impiegati dalle ostetriche come interpreti possono risultare inattendibili, poiché non si è mai certi su cosa abbiano effettivamente compreso e, di conseguenza, tradotto (Sukhjeet Bains, 2021).

Dal punto di vista culturale, invece, c'è una vasta sezione di letteratura che riporta episodi in cui le pratiche culturali delle donne straniere vengono ignorate o svalorizzate dal personale ostetrico, oppure in cui viene data poca importanza all'influenza che hanno alcune religioni sul rifiuto della donna a essere seguita in gravidanza da un operatore sanitario di sesso opposto (Clare L. Zhu, 2023; Reitmanova, S., & Gustafson, D. L., 2007; Straus, L., McEwen, A., & Hussein, F. M., 2009; Bains, S., Skråning, S., Sundby, J., Vangen, S., Sørbye, I. K., & Lindskog, B. V., 2021; Higginbottom, G. M., Safipour, J., Mumtaz, Z., Chiu, Y., Paton, P., & Pillay, J., 2013; Lee, T.-Y., Landy, C. K., Wahoush, O., Khanlou, N., Liu, Y.-C., & Li, C.-C., 2014; Peláez, S., Hendricks, K. N., Merry, L. A., & Gagnon, A. J., 2017).

Considerando, invece, la sfera psicosociale e strutturale della donna, possiamo dichiarare che un'importante quota di donne straniere non possiede mezzi di trasporto, non ha la possibilità di prendere dei permessi da lavoro o di trovare qualcuno che possa badare ai figli in casa, rendendo così ancora più gravoso l'accesso alle visite in gravidanza. Mentre, dal punto di vista psicologico, le donne immigrate confessano di sentirsi impaurite e ansiose, di nutrire sfiducia nel futuro e di sentirsi sole. Nonostante ciò, la maggior parte di loro dichiara di avere al proprio fianco una persona di fiducia e, nella maggior parte dei casi, questo ruolo è rappresentato dal proprio partner. Ciò definisce la limitatezza della rete sociale di tali donne, caratterizzata soprattutto da parenti acquisiti (Sukhjeet Bains, 2021).

In conseguenza di ciò che è stato appena enunciato, viene riconosciuto da molti professionisti sanitari che i sistemi a sostegno della maternità siano basati sui bisogni della donna caucasica, appartenente al ceto medio, piuttosto che avvicinarsi ai bisogni delle etnie meno rappresentate (Clare L. Zhu, 2023; Phillimore J., 2015).

2.2 “Cultural competence”. Alle radici del concetto

Il concetto “*cultural competence*” è definito come “*l’insieme di comportamenti, conoscenze e abilità necessarie al fine di assicurare un’assistenza di alta qualità ai pazienti appartenenti a culture diverse*” (Frankie Fair, 2021; Seeleman C, Suurmond J, Stronks K., 2009) e, recentemente, tale concetto viene ripreso da *International Confederation of Midwives* (2019) e l’*Organizzazione Mondiale della Sanità* (2019), come elemento essenziale per rafforzare la salute della diade, rappresentata da mamma e bambino.

Per comprendere al meglio l’origine del termine, però, bisogna fare riferimento alla pioniera che promosse il concetto dell’assistenza interculturale al paziente, ovvero Madeleine Leininger, di cui ricordiamo le prime due pubblicazioni “*Nursing and Anthropology*” (1970) e “*Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice*” (1978), con cui riuscì a definire nuovi contenuti riguardo le cure da riservare alle popolazioni migranti e ai rifugiati appartenenti a diverse culture, fino a quel momento prese poco in considerazione. Tale lavoro di ricerca la porterà, poi, a redigere la famosa “*Culture Care Diversity and Universality theory*” (1991), che contribuì attivamente nell’aumentare la conoscenza nei confronti dell’assistenza transculturale alla salute. Fin da subito, i contenuti da lei sviluppati divennero modelli da seguire per il personale infermieristico di varie parti del mondo, soprattutto grazie al loro approccio olistico e culturalmente inclusivo, spianando la strada ad ulteriori numerose teorie che sarebbero emerse negli anni successivi (M. Leininger, 2002).

La teoria di M. Leininger è una delle più antiche e si basa sulla stretta correlazione tra cultura e cura del benessere, salute, malattia e morte, dando spazio alla conoscenza di vere e proprie pratiche e tradizioni culturali in un quadro olistico e multidimensionale, così da donare spunti al lettore sia astratti, che pratici, per rendere l’assistenza al paziente culturalmente coerente ai propri bisogni.

La teoria pone le sue radici nella correlazione tra la pratica infermieristica e l’antropologia, per cui l’assistenza viene influenzata da tradizioni, simbolismi, situazioni politiche,

religiose, storiche, economiche, di genere e dal contesto culturale di appartenenza. Infatti, l'obiettivo principale perseguito dalla Leininger è quello di spiegare come i differenti fattori che possono influenzare una determinata cultura riescano, allo stesso tempo, a condizionare lo stato di benessere, salute, malattia o morte nei gruppi appartenenti a diverse etnie. Attraverso tali conoscenze, lo scopo diventa quello di assicurare un'assistenza al paziente che considera centrali gli aspetti culturali.

Considerando tali concetti e calandoli in ambito ostetrico, la *International Confederation of Midwives* spiega che le ostetriche garantiscono cure culturalmente appropriate e di alta qualità alle donne durante la maternità (Fennie Mantula, 2023, International Confederation of Midwives, 2019), considerando la donna come protagonista e obiettivo centrale delle proprie cure (Fennie Mantula, 2023, Hodin, 2017). Le ostetriche, infatti, devono comprendere profondamente la cultura, i credi religiosi, i ruoli di genere nella società e le pratiche tradizionali delle comunità etniche per cui sono a servizio. Inoltre, devono rispettare la cultura e i costumi di appartenenza della donna, eliminando qualsiasi tipologia di pregiudizio. Oltre a ciò, è essenziale che esse lavorino duramente per estirpare alcune pratiche dolorose fortemente radicate nelle culture stesse (International Confederation of Midwives, 2019).

Prendendo in considerazione l'opinione delle donne straniere e il livello di soddisfazione nutrito nei confronti dell'assistenza ostetrica, bisogna tenere in considerazione quattro fattori: le aspettative personali di ogni donna, la quantità di supporto ricevuto, la qualità del rapporto tra donna e ostetrica e il coinvolgimento della donna nel prendere decisioni, che comprende, inoltre, ottenere il consenso informato per tutte le procedure attuate nei suoi confronti (Fennie Mantula, 2023; Funai & Noewitz, 2017).

Al fine di mantenere un alto livello di soddisfazione tra la popolazione di donne immigrate, l'ostetrica dovrebbe ascoltare attivamente le preferenze individuali delle donne, i loro desideri e tenere in considerazione le credenze culturali, così da poter realizzare le loro aspettative. Questo tipo di atteggiamento porterebbe alla creazione di un rapporto di fiducia tra donna e ostetrica, che aumenterebbe l'*empowerment* della donna, rendendola la

protagonista principale dell'assistenza e costruendo un approccio alla maternità che vede la donna al centro delle attenzioni e le cure. Inoltre, l'ostetrica, in quest'ottica, deve riuscire a bilanciare la propria responsabilità nel donare alla donna la migliore offerta di cura possibile, ma, al contempo, supportarla nell'essere al centro delle decisioni prese nel proprio percorso di cura, così da permetterle di fare scelte consapevoli e adeguate a lei stessa e al suo percorso (Fennie Mantula, 2023; International Confederation of Midwives, 2019).

2.3 Formazione delle ostetriche in ambito interculturale

Nonostante sia stata definita la rilevanza del concetto di competenza culturale, alcuni studi ne riportano ancora la mancanza di applicazione da parte delle ostetriche nell'assistenza alla donna. Alcuni esempi consistono nella negazione di parto analgesia durante il travaglio, la mancanza di un supporto spirituale ed emotivo o il ricorso ad altre strategie per alleviare il dolore, come il massaggio. (Fennie Mantula, 2023; Shefaly Shorey, 2021). Inoltre, spesso non viene offerto il giusto supporto informato ed emozionale per alleviare il loro stato di ansia, nonostante le donne dichiarino di desiderare questo tipo di supporto (Fennie Mantula, 2023).

Infatti, gli operatori sanitari necessitano di essere educati in tema, al fine di superare i limiti definiti dalla mancanza di conoscenza in materia e che non permette di garantire alle donne i servizi di salute migliori (Teckla K. Ngotie, 2022, Garnweidner-Holme LM, Lukasse M, Solheim M, Henriksen L., 2017).

I risultati riportati in letteratura dimostrano la necessità di sostenere l'educazione delle ostetriche in ottica di assistenza interculturale alla donna, promuovendo l'importanza del concetto dell'assistenza che ha come focus centrale la donna stessa, che necessità di essere sostenuta da leggi e infrastrutture in ogni parte del mondo. Infatti, come suggerito da Fennie Mantula (2023), è necessario l'inserimento dell'insegnamento riguardo la competenza culturale all'interno dei corsi di formazione delle ostetriche, così da permettere a questi

professionisti della salute di sviluppare le conoscenze appropriate, le abilità e i comportamenti necessari per soddisfare le aspettative delle donne durante l'assistenza alla maternità.

SCOPO DELLO STUDIO

Vista la crescente popolazione di origine straniera residente nel territorio italiano e afferente ai servizi di maternità e la conseguente esigenza di modulare l'assistenza ostetrica al fine di perseguire un'assistenza personalizzata che riconosca i bisogni delle donne, si è condotto uno studio allo scopo di indagare il punto di vista delle donne straniere riguardo l'accesso ai servizi per le gravide offerti dal Sistema Sanitario Nazionale, ma anche il punto di vista ostetrico sulle sfide di un'adeguata assistenza interculturale.

Obiettivo principale dello studio è infatti indagare l'assistenza fornita alle donne gravide immigrate da due differenti punti di vista: il punto di vista delle donne ed il punto di vista ostetrico e confrontare le due differenti visioni.

MATERIALI E METODI

Disegno dello studio

Studio osservazionale cross-sectional volto ad indagare il punto di vista ostetrico e delle donne sull'assistenza offerta in gravidanza dal Servizio Sanitario Nazionale.

Campione dello studio

Vi sono due diversi campioni: il campione delle donne ed il campione rappresentato dal personale ostetrico.

Donne straniere

Il campione è composto dalle donne di origine straniera afferenti all'ambulatorio "Gravidanza a Termine" (GT) e al reparto di ostetricia dell'ospedale "Ca' Foncello" di Treviso.

Criteri di inclusione:

- donne straniere;
- comprensione e conoscenza della lingua italiana, inglese o francese;
- gravidanza a termine (a partire dalle 37 settimane gestazionali) o puerpere;
- consenso alla partecipazione allo studio.

Criteri di esclusione:

- donne italiane;
- non comprensione di italiano, francese o inglese;
- gravidanza < 37 settimane gestazionali.

Ostetriche/i

Ostetriche/i in carico presso i presidi ospedalieri di Treviso, Conegliano e Montebelluna ed i Consultori Familiari del Distretto di Treviso (Consultori Familiari di Treviso, Villorba, Quinto di Treviso, Preganziol, Mogliano Veneto e Roncade).

Raccolta dati e strumenti di rilevazione

Previa autorizzazione da parte della Direzione Sanitaria dell'Azienda ULSS 2 "Marca Trevigiana", approvazione da parte del Direttore e della Coordinatrice dell'UOSD di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale "Ca' Foncello" di Treviso, nel periodo tra Maggio e Settembre 2024 è stato somministrato un questionario alle donne straniere gravide o puerpere afferenti all'ambulatorio "Gravidanza a Termine" (GT) e al reparto di ostetricia del presidio ospedaliero, che ne davano il consenso.

Il questionario, somministrato in forma cartacea, era disponibile in tre lingue (italiano, francese ed inglese) per poter comprendere nel campione un maggior numero di donne.

In alcuni casi è stato necessario fornire supporto nella compilazione per facilitare la comprensione delle domande.

Il questionario rivolto alle ostetriche/i è stato invece redatto sulla piattaforma *Google Moduli* ed inviato ai coordinatori delle Unità Operative coinvolte che hanno inoltrato il questionario al personale ostetrico mediante mail istituzionale.

Il questionario diretto alle donne è stato ideato tramite la consultazione della letteratura disponibile (Rapporto sull'evento nascita in Italia – CEDAP, 2022; Chiavarini M., 2016; Chiavarini M., 2014; Lauria L., 2013; Linee Guida Gravidanza Fisiologica, 2011; Clare L. Zhu, 2023; Tocchioni V., 2018; Jinga N, 2019; Bains S., 2021; Menichini D, 2021; Janke T. M., 2024).

Da questo primo questionario, è stato poi redatto quello rivolto al personale ostetrico, che ne riprende alcuni quesiti, così che possano essere messi a confronto in un secondo tempo.

In aggiunta, il questionario presenta riferimenti alla letteratura (Menichini D, 2021; Lyberg A, 2012; Oscarsson M. G., 2020; Akhavan S., 2012; Mantula F, 2023).

Analisi dei dati

I dati reperiti attraverso i questionari sono stati inseriti in due differenti database di *Microsoft Excel* attribuendo un ID progressivo. Successivamente tutti i record sono stati estratti ed importati nel software *Jamovi 2.3.21* per l'elaborazione statistica. La descrizione dei campioni da un punto di vista socio demografico e l'analisi delle risposte ai questionari è stato effettuata mediante l'utilizzo della statistica descrittiva (media e deviazione standard, mediana e scarto interquartile, frequenze percentuali).

Per il confronto tra gli item dei questionari, gli item sono stati riportati in frequenze percentuali e rappresentati mediante istogrammi e o grafici a torta.

RISULTATI

Donne straniere

Le donne arruolate nello studio sono state 112. Dodici donne sono state infine escluse, poiché 9 donne non rispettavano i criteri di inclusione richiesti dal campione: 3 di queste non si trovavano a termine di gravidanza o nel periodo di puerperio, mentre 6 presentavano una barriera linguistica che impediva un'adeguata comprensione. Oltre a ciò, 3 donne hanno negato il proprio consenso informato per accedere allo studio. Quindi, il campione finale ammonta a 100 donne.

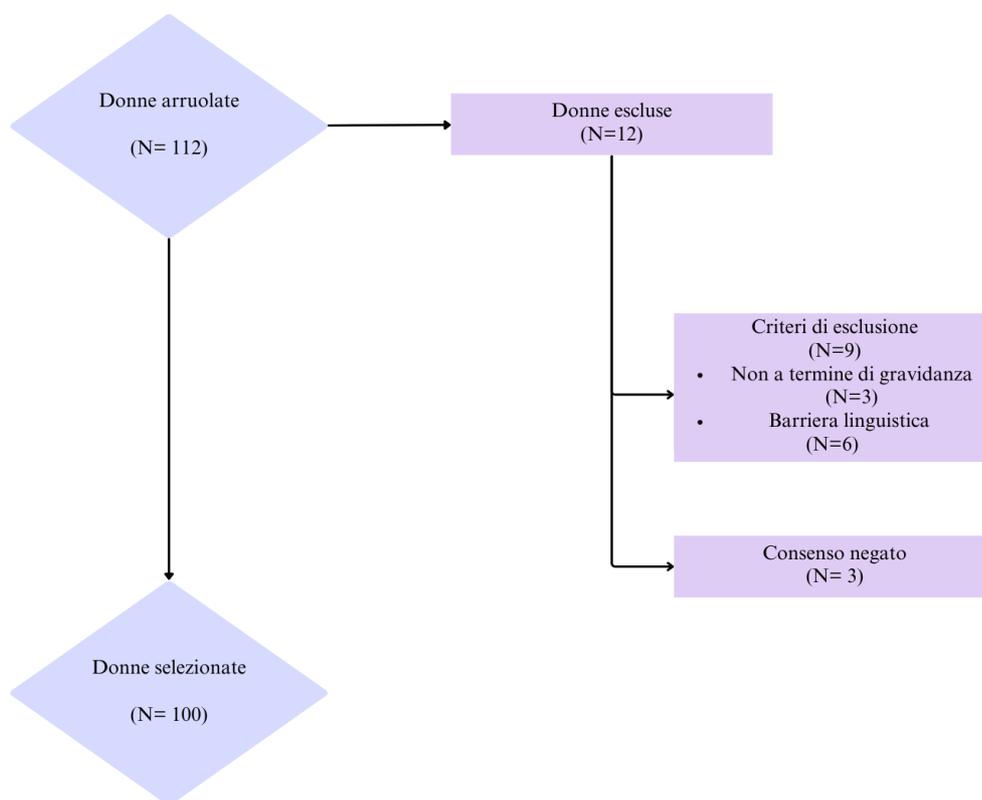


Fig.1. Diagramma di flusso dei partecipanti

Al questionario hanno risposto 100 donne. L'età media del campione è 30.82 (5.72) anni e il periodo medio trascorso da quando sono immigrate nel nostro paese è di 9.82 (7.61) anni. Suddividendo il periodo passato in Italia in quattro categorie (<1; tra 1 e 5; tra 5 e 10; >10) si nota che la categoria più rappresentata (41%) coincide con un periodo > 10 anni.

L'etnia maggiormente rappresentata (47%) è quella proveniente dai Paesi Balcanici e dell'Europa dell'Est, a seguire quella africana (30%).

Il 52% delle donne dichiara di aver conseguito un diploma di scuola secondaria di secondo grado; mentre, riguardante l'occupazione lavorativa, si evince che il 41% di esse risulti occupata, mentre il 40% che dichiara di essere casalinga.

La maggior parte del campione (70%) dichiara di vivere con il proprio partner e altri figli, infatti, il 77% delle intervistate dichiara di aver avuto altre gravidanze e, tra queste, il 56% dichiara di aver monitorato l'andamento delle precedenti gravidanze in Italia.

Riguardo l'attuale gravidanza, solo una tra queste era gemellare; il 59% delle gestazioni erano patologiche; il 46% delle gravidanze è stato seguito da un ginecologo in Consultorio Familiare.

Riguardo l'accesso ai servizi in gravidanza, il 53% delle donne ha eseguito più di 8 visite e nessuna donna ha eseguito meno di 4 visite; mentre il 77% del campione ha avuto accesso alla prima visita prima delle 10 settimane di gestazione.

Il 92% delle intervistate ha assunto acido folico durante la gravidanza. Tra queste, il 71% lo ha assunto entro il primo trimestre (Tab.1).

DONNE: descrizione del campione

N=100	
Età	30.82 (5.72) ¹
Anni in Italia	9.82 (7.61) ¹
Anni in Italia	
• < 1	6 (6%)
• Tra 1 e 5	32 (32%)
• Tra 5 e 10	21 (21%)
• > 10	41 (41%)

Area di origine e nazionalità

Paesi balcanici ed Est Europa:	47 (47%)
• Kosovo	17 (17%)
• Albania	14 (14%)
• Moldavia	6 (6%)
• Romania	3 (3%)
• Repubblica Ceca	2 (2%)
• Macedonia	1 (1%)
• Bulgaria	1 (1%)
• Polonia	1 (1%)
• Russia	1 (1%)
• Ucraina	1 (1%)
Africa:	30 (30%)
• Costa d'avorio	7 (7%)
• Marocco	5 (5%)
• Nigeria	5 (5%)
• Burkina Faso	4 (4%)
• Senegal	4 (4%)
• Guinea	2 (2%)
• Ghana	1 (1%)
• Togo	1 (1%)
• Uganda	1 (1%)
Asia:	16 (16%)
• Bangladesh	6 (6%)
• Cina	4 (4%)
• Pakistan	2 (2%)
• Filippine	2 (2%)
• India	1 (1%)
• Sri Lanka	1 (1%)
America Centrale e Meridionale:	6 (6%)
• Brasile	3 (3%)
• Cuba	1 (1%)
• Perù	1 (1%)
• Repubblica Dominicana	1 (1%)
Altri Stati Europei:	1 (1%)
• Germania	1 (1%)

Titolo di studio

• Laurea	9 (9%)
• Laurea Breve	12 (12%)
• Diploma di scuola superiore	52 (52%)
• Diploma di scuola media inferiore	20 (20%)
• Licenza elementare	7 (7%)

Occupazione lavorativa

• Occupata	41 (41%)
• Disoccupata	18 (18%)
• Casalinga	40 (40%)
• Studente	1 (1%)

Con chi vive

• Partner	24 (24%)
• Partner e figli	70 (70%)
• Partner e suocera	2 (2%)
• Partner, suocera e cognato	1 (1%)
• Partner e genitori	1 (1%)
• Partner, figlio e genitori	1 (1%)
• Genitori	1 (1%)

Parità

• Nullipara	23 (23%)
• Multipara	77 (77%)

Dove sono state seguite le precedenti gravidanze

• Italia	56 (72.7%)
• Paese di origine	11 (14.3%)
• Italia e Paese di origine	7 (9.1%)
• Germania e Italia	1 (1.3%)
• Germania	1 (1.3%)
• Nessuna risposta	1 (1.3%)

Informazioni relative all'attuale gravidanza

Gemellarità	1 (1%)
--------------------	--------

Chi ha seguito la gravidanza

• Ostetrica in consultorio	28 (28%)
• Ginecologo in consultorio	46 (46%)
• Ambulatorio ospedaliero "GAR" ²	15 (15%)
• Ginecologo privato	11 (11%)

Numero visite in gravidanza

• < 4	0 (0%)
• Tra 4 e 8	47 (47%)
• > 8	53 (53%)

Settimane gestazionali (s.g.) alla prima visita	
• Entro 10 s.g.	77 (77%)
• > 10 s.g.	23 (23%)
<hr/>	
Patologie in gravidanza	
• Sì	59 (59%)
• No	41 (41%)
<hr/>	
Assunzione Acido Folico	
• Sì	92 (92%)
• No	8 (8%)
<hr/>	
Inizio assunzione	
• Prima della gravidanza	18 (19.6%)
• Nel primo trimestre	71 (77,1)
• Dopo il primo trimestre	3 (3.3%)

Tab.1. Donne: descrizione del campione

Ostetriche

Al questionario hanno risposto 54 ostetriche. L'età media del campione è di 37.43 (11,41) anni con un'esperienza lavorativa media di 13,64 (11,99) anni.

Dividendo l'esperienza lavorativa in 4 diverse fasce (< 1 anno, tra 1 e 5 anni, tra 5 e 10 anni e > 10 anni) si evince che la categoria maggiormente rappresentata è quella con esperienza maggiore ai 10 anni composta da 25 ostetriche (46.3%).

Le professioniste intervistate svolgono la propria attività lavorativa principalmente presso un presidio ospedaliero (79.6%).

Considerando l'esperienza lavorativa pregressa degli intervistati si rileva che la maggioranza dei rispondenti ha lavorato perlopiù in strutture ospedaliere (68,5%).

Relativamente alla conoscenza delle lingue straniere, la maggior parte di esse (51,9%) dichiara di possedere un livello di inglese intermedio (B1-B2); allo stesso tempo, la maggioranza (51,9%) sostiene di non conoscere altre lingue al di fuori dell'inglese (Tab. 2).

OSTETRICHE: descrizione del campione

N = 54

Età	37.43 (11.41) ¹
------------	----------------------------

Anni di esperienza lavorativa	13.64 (11.99) ¹
--------------------------------------	----------------------------

Anni di esperienza lavorativa

< 1	1(1.9%)
Tra 1 e 5 anni	19(35.2%)
Tra 5 e 10 anni	9(16.6%)
> 10 anni	25(46.3%)

Area lavorativa

Distretto	11 (20.4%)
Ospedale	43 (79.6%)

Precedenti aree lavorative

Nessuna	7 (13.0%)
Ospedale	37 (68.5%)
Consultorio	2 (3.7%)
Cliniche private	6 (11.1%)
Libera professione	2 (3.7%)

Conoscenza dell'inglese

Nessuna	1 (1.9%)
Livello base (A1-A2)	24 (44.4%)
Livello intermedio (B1-B2)	28 (51.9%)
Livello avanzato (C1-C2)	1 (1.9%)

Altre lingue

Nessuna	28 (51.9%)
Francese	17 (31.5%)
Spagnolo	4 (7.4%)
Tedesco	4 (7.4%)
Macedone, lingue balcaniche (serbo, croato, bosniaco)	1 (1.9%)

¹ media (deviazione standard)

Tab.2. Ostetriche: descrizione del campione

Analisi questionario donne

Alla domanda “*Hai avuto problemi ad accedere alle visite?*”, su 100 donne, 93 hanno constatato di non aver avuto problemi, mentre 7 affermano di essersi trovate in difficoltà, come riporta il *Grafico 1*.

Hai avuto problemi ad accedere alle viste?



Grafico 1

In particolare, di queste, una imputa la causa alla difficoltà di comunicazione con gli operatori sanitari; tre affermano di aver avuto difficoltà a reperire un mezzo di trasporto per recarsi alle visite e tre dichiarano di aver faticato a pianificare una temporanea sistemazione per gli altri figli in loro assenza (Grafico 2).

Quali?

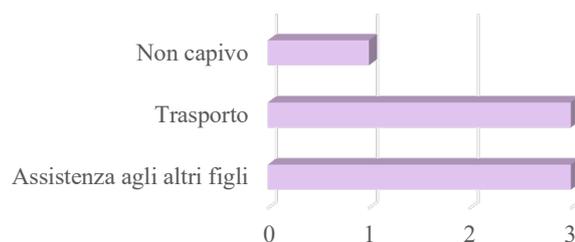


Grafico 2

Il 95% delle donne intervistate ha risposto che il fatto di non poter scegliere chi doveva seguire la propria gravidanza non ha influenzato il loro percorso, come descritto nel *Grafico 3*.

Il fatto di non poter scegliere chi doveva seguire la tua gravidanza ha influenzato il tuo percorso?



Grafico 3

Nonostante ciò, le restanti 5 intervistate dichiarano il contrario, per le ragioni descritte nella *Tabella 3*.

Perché?

Ginecologo razzista

Ginecologo maleducato

Non mi sono trovata bene con il medico

Non sono stata seguita in maniera approfondita

Ostetrica poco interessata e poco disponibile

Tabella 3

Alla domanda “*Ti sei sentita rispettata nell’assistenza sanitaria alla tua gravidanza?*”, il 93% del campione ha risposto affermativamente (Grafico 4). Allo stesso tempo, 7 donne su 100 hanno risposto negativamente, motivandone la risposta come riportato in Tabella 4.

Ti sei sentita rispettata
nell'assistenza sanitaria alla tua
gravidanza?

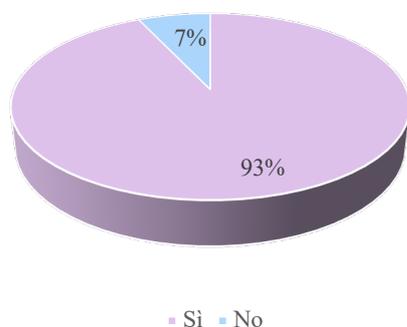


Grafico 4

No, perché?	Numero risposte
Ginecologo irrispettoso	2
Il ginecologo si lamentava della presenza di mio figlio in ambulatorio, ma io non saprei a chi lasciarlo	1
Il ginecologo sottostimava il problema	1
Ad inizio gravidanza ginecologo razzista	1
Ostetrica e ginecologa poco empatiche e disponibili	1
Trattata male in ospedale	1

Tabella 4

Nella sezione riguardante la comunicazione tra donne straniere e personale ostetrico, alla domanda *“Sei riuscita a capire quello che ti dicevano i medici/ le ostetriche/ gli ostetrici riguardo la tua gravidanza?”*, 71 donne su 100 hanno risposto affermativamente, mentre il restante 29% afferma il contrario (Grafico 5).

Sei riuscita a capire quello che ti dicevano i medici/ le ostetriche/ gli ostetrici riguardo la gravidanza?

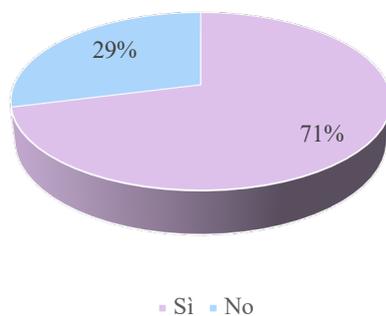


Grafico 5

Inoltre, il 94% delle intervistate ha affermato di aver ricevuto, dal personale ostetrico, tutte le informazioni necessarie per capire cosa stava succedendo durante la gravidanza, mentre solo il 6% di loro ha risposto contrariamente, come riporta il *Grafico 6*.

Ti hanno dato tutte le informazioni necessarie per capire cosa stava succedendo durante la gravidanza?

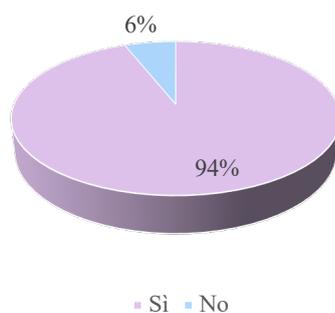


Grafico 6

Riferendosi alla domanda “*Se ci sono stati problemi di comunicazione, come sono stati risolti dagli operatori sanitari?*”, si evince che il 51% delle donne afferma di aver avuto problemi di comunicazione, che sono stati risolti attraverso le seguenti strategie, rappresentate nel *Grafico 7*:

- Il 23,5% delle intervistate afferma che il proprio familiare abbia fatto da traduttore durante il colloquio;
- Il 21,5% dichiara che, al momento del colloquio, fosse presente un mediatore culturale;
- Il 19,6% afferma che il personale sanitario si è servito di gesti e parole semplici in italiano, al fine di comunicare con loro;
- Il 17,6% enuncia che gli operatori coinvolti hanno comunicato direttamente al proprio familiare;
- Il 13,7% dichiara che il personale sanitario ha provato prima a comunicare con loro in inglese, e, in caso di mancata comprensione, utilizzava gesti e parole semplici in italiano;
- Il 3,9% delle donne spiega che il personale ostetrico si è servito sia dell'aiuto del mediatore, che del familiare presente.

Se ci sono stati problemi di comunicazione come sono stati risolti dagli operatori sanitari?

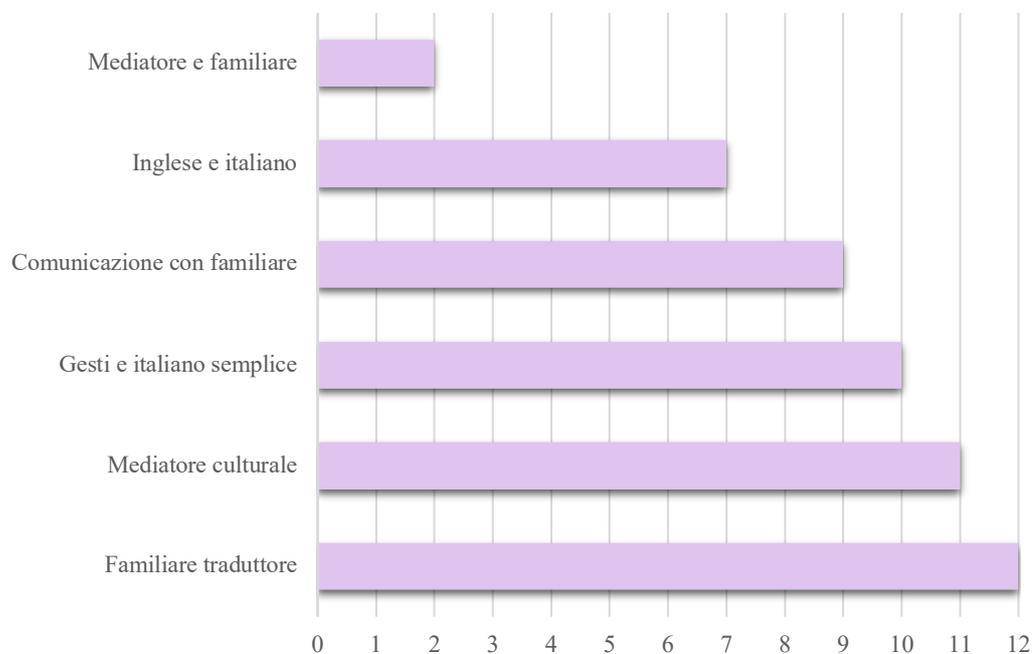


Grafico 7

L'81% delle donne intervistate riferisce che un mediatore culturale potrebbe facilitare la comunicazione, mentre il 15% risponde contrariamente e il 4% si ritiene indifferente alla domanda (Grafico 8).

Pensi che un mediatore culturale possa facilitare la comunicazione?

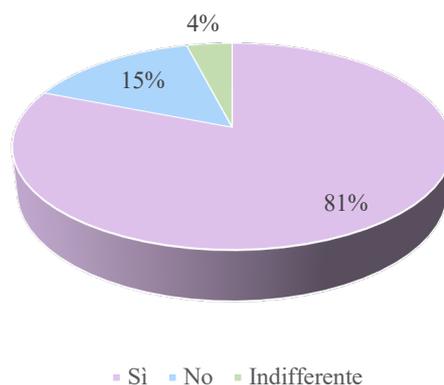


Grafico 8

All'interno della sezione riguardante la conoscenza del Sistema Sanitario Nazionale e l'accesso ai servizi offerti in gravidanza, si evince che la maggioranza delle donne intervistate (40%) è stata informata riguardo i servizi in gravidanza offerti dal Sistema Sanitario nazionale dalla rete sociale composta da parenti e amici, mentre, della restante quota del campione (Grafico 9):

- 34 donne su 100 sono state informate dagli operatori sanitari;
- 11 su 100 dichiarano di averli appresi grazie ad esperienze personali (ad esempio, una precedente gravidanza);
- 8 donne su 100 affermano di aver ricavato le informazioni che cercavano da Internet;
- 7 donne su 100 dichiarano di non conoscerli.

Riguardo ai servizi offerti dal Sistema Sanitario nazionale alle donne in gravidanza sono stata informata:

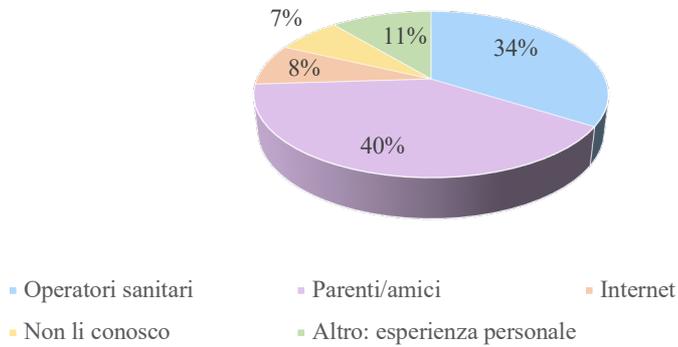


Grafico 9

Mentre, per quanto riguarda l'accesso al corso di preparazione alla nascita, il 77% delle intervistate afferma di non avervi partecipato; mentre, il 23% dichiara di averne preso parte (Grafico 10).

Hai partecipato al corso parto?

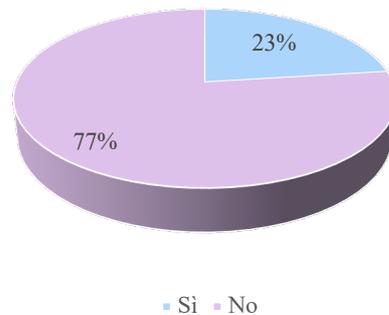


Grafico 10

Tra coloro che vi hanno partecipato, solo 2 donne affermano di non averlo trovato utile (Grafico 11) e le ragioni annesse vengono riportate alla *Tabella 5*.

Lo hai trovato utile?



Grafico 11

No, perché?

Barriera linguistica

Ero l'unica straniera, non capivo bene la lingua e mi sentivo esclusa

Tabella 5

Allo stesso tempo, a 64 donne su 100 sarebbe piaciuto partecipare a incontri con altre donne che parlano la loro stessa lingua, mentre 31 donne rispondono contrariamente e 5 donne si ritengono indifferenti alla questione, come riporta il *Grafico 12*.

Ti sarebbe piaciuto partecipare a incontri con altre donne incinta che parlano la tua stessa lingua?

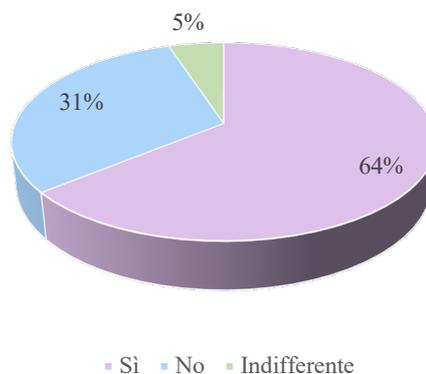


Grafico 12

Infine, interrogando le donne riguardo i loro bisogni in gravidanza, domanda alla quale era chiesto loro di segnare due preferenze, sono state totalizzate 200 risposte.

Tra queste, osservando il *Grafico 13*, si può asserire che:

- Sono risultate 40 risposte (20%) che evidenziano come il ricevere informazioni riguardo la propria gravidanza sia il bisogno fondamentale per il gruppo di donne intervistato;
- 36 risposte (18%) si riferiscono al bisogno delle donne di essere supportate nelle loro paure e nei dubbi riguardo la gravidanza e il loro futuro come madri;
- Un totale di 78 risposte (39%) sottolinea che ricevere informazioni riguardo il funzionamento del Sistema Sanitario nazionale e i suoi servizi in gravidanza (26 risposte), comprendere le informazioni date e le procedure spiegate, prima di firmare il consenso informato (26 risposte) e coinvolgere il partner durante l'assistenza ostetrica (26 risposte) sono di pari importanza per il campione intervistato;
- 25 risposte (12,5%) indicano che le donne hanno bisogno di instaurare un rapporto di fiducia e condivisione di valori e culture con la loro ostetrica di riferimento;
- 21 risposte (10,5%) sottolineano, invece, il bisogno delle donne di scegliere l'operatore che le seguirà in gravidanza.

Quali sono i tuoi bisogni in gravidanza?

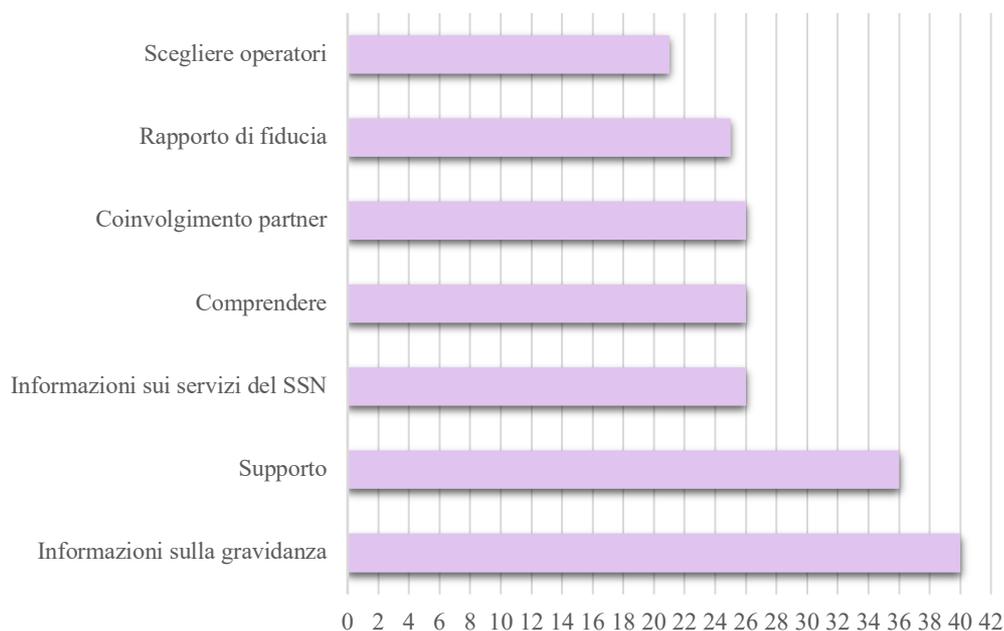


Grafico 13

Analisi questionario ostetriche

Nella sezione in cui si indagava quali erano, secondo le ostetriche, gli elementi essenziali che devono caratterizzare l'assistenza alla donna straniera con la domanda *“Quali sono, secondo te, gli elementi più importanti nell'assistenza alla donna in gravidanza?”*, alla quale veniva chiesto di rispondere segnando due alternative, sono state totalizzate 107 risposte, poiché un'ostetrica ha fornito solo una preferenza. Dal *Grafico 14* si evince che:

- l'elemento che emerge più importante nell'assistenza alla donna in gravidanza è instaurare un rapporto di fiducia tra donna e ostetrica (39,3%);
- al secondo posto in ordine di importanza si trova la spiegazione chiara, da parte del personale ostetrico, delle procedure e delle informazioni date alla donna, prima di richiederle la firma del consenso informato (17,8%);
- a seguire, il personale ostetrico fornisce informazioni sul funzionamento del Sistema Sanitario nazionale e sui servizi che vengono offerti in gravidanza (15,9%);

- dopodiché le ostetriche ritengono importante supportare le donne nelle paure, i timori e i dubbi riguardo la gravidanza e il loro futuro come madri (14%);
- successivamente, il personale ostetrico considera significativo fornire informazioni evidence-based alla donna, al fine di permetterle di fare scelte consapevoli riguardo la gravidanza (12,1%);
- infine lo 0,9% delle intervistate ritiene rilevante il coinvolgimento del partner nell'assistenza ostetrica.

Quali sono, secondo te, gli elementi più importanti nell'assistenza alla donna in gravidanza?

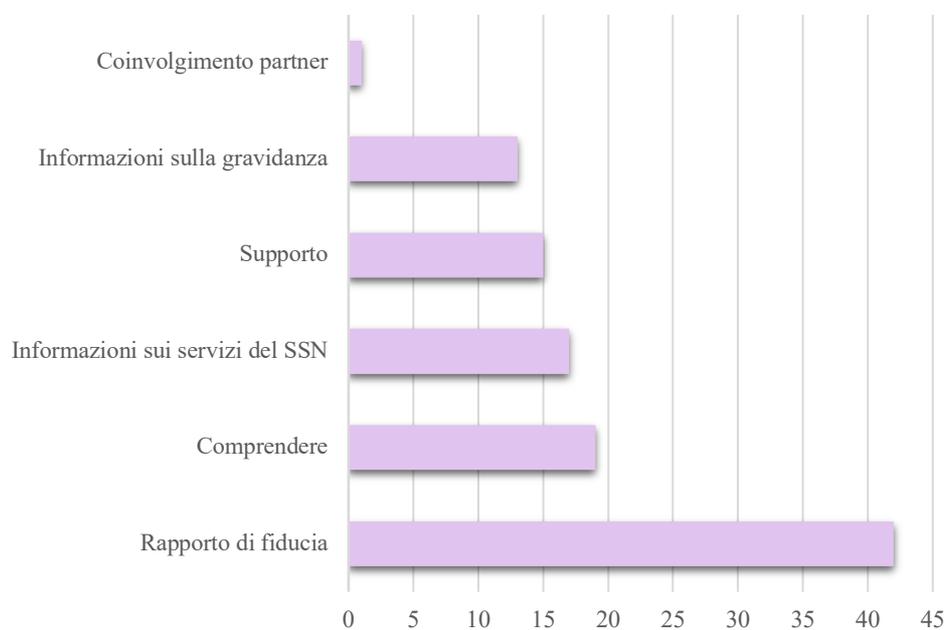


Grafico 14

Riguardo la domanda “Quali sono, secondo te, i comportamenti più comuni nell'assistenza alla donna straniera in gravidanza?”, alla quale veniva chiesto di esprimere due preferenze di risposta, sono state totalizzate 103 risposte, poiché un'ostetrica non ha risposto alla domanda; mentre, altre 3 hanno segnato solo una preferenza (Grafico 15). Secondo il personale ostetrico, i due comportamenti più comuni nell'assistenza alla donna straniera sono:

- spiegare in maniera chiara procedure e informazioni alla donna, prima di chiederle la firma del consenso informato (22,3%) e coinvolgere il partner nell'assistenza alla donna (22,3%);
- successivamente, in quanto importanza, si colloca il rapporto di fiducia da instaurare tra donna e ostetrica (21,4%) e donare informazioni alla donna riguardanti il funzionamento del Sistema Sanitario nazionale e i servizi che offre in gravidanza (21,4%);
- in seguito, secondo le ostetriche è più comune supportare la donna nelle sue paure e i timori riguardo la gravidanza (9,7%)
- infine, le ostetriche ritengono poco usato fornire alla donna straniera informazioni evidence-based riguardo la gravidanza (2,9%).

Quali sono, secondo te, i comportamenti più comuni nell'assistenza alla donna straniera in gravidanza?

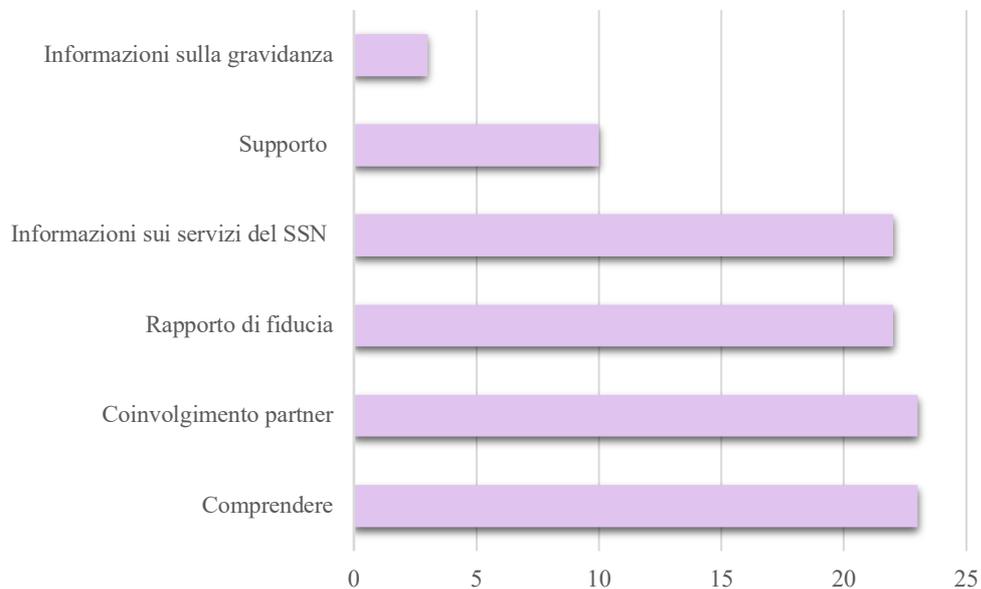


Grafico 15

A seguire, riguardo la domanda che concerne i bisogni essenziali per una donna straniera nei confronti dell'assistenza ostetrica, alla quale veniva chiesto di esprimere due

preferenze, sono state totalizzate 104 risposte, poiché un'ostetrica non ha risposto e due hanno segnato solo una preferenza. Dal *Grafico 16* si evince che:

- la maggior parte delle ostetriche (30,8%) ritiene che le donne straniere abbiano maggiormente bisogno di instaurare un rapporto di fiducia con l'ostetrica;
- in seguito, è importante spiegare loro procedure e informazioni riguardo l'assistenza, prima di chiedere la firma del consenso informato (25%);
- successivamente, secondo il personale ostetrico, le donne straniere hanno bisogno di essere supportate nelle paure e i timori riguardo la gravidanza e il loro futuro come madri (24%);
- si stima sia importante per loro essere informate sul funzionamento del Sistema Sanitario nazionale e sui servizi offerti in gravidanza (4,8%);
- come ultimo in ordine di importanza, si colloca il loro bisogno di coinvolgere il partner durante l'assistenza ostetrica (1,9%).

Riguardo alla domanda precedente, quali sono, secondo te, i bisogni essenziali per una donna straniera nei confronti dell'assistenza ostetrica?

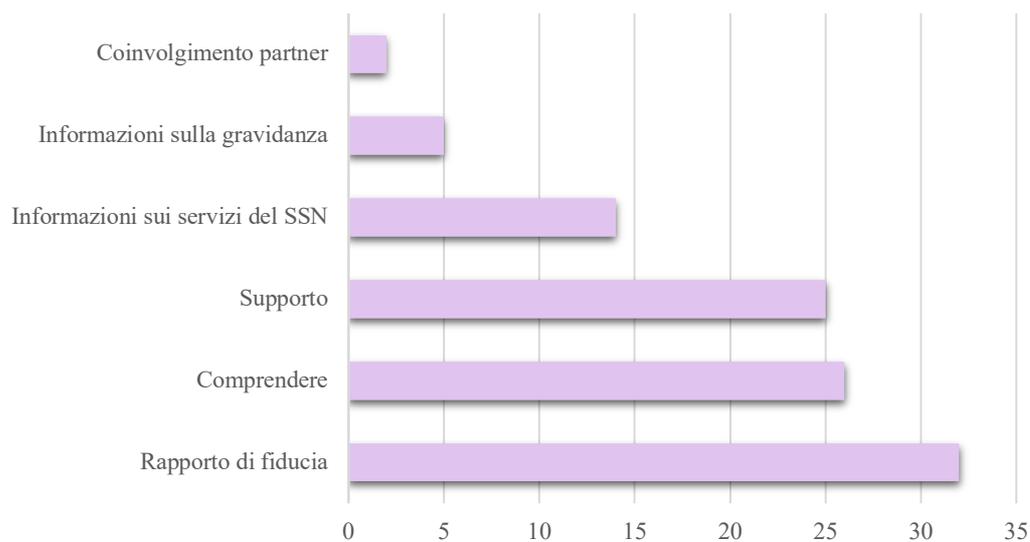


Grafico 16

Mettendo a confronto, nel *Grafico 17*, i tre quesiti precedentemente analizzati, si evince che, secondo le ostetriche, l'elemento più importante nell'assistenza alla donna è instaurare un rapporto di fiducia con quest'ultima (39,3%); mentre, approcciandosi alle donne straniere, i comportamenti messi in atto più frequentemente dalle ostetriche nei loro confronti sono spiegare procedure ed informazioni in modo chiaro alla donna, prima di farle firmare il consenso informato (22,30%) e coinvolgere il partner nell'assistenza alla donna (22,30%). Allo stesso tempo, le professioniste definiscono che il bisogno essenziale delle donne straniere, secondo il loro punto di vista, sia quello di costruire un rapporto di fiducia e di condivisione di valori e culture con l'ostetrica che le assiste (30,80%).

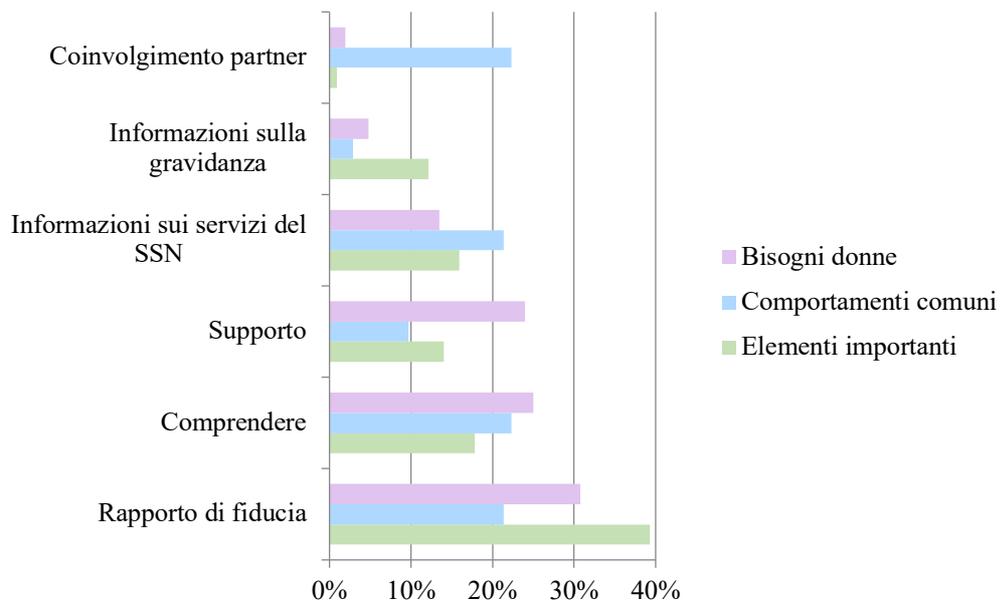


Grafico 17

Nella sezione riguardo la comunicazione con la donna straniera, 50 ostetriche su 54 dichiarano più difficile comunicare con quest'ultima, rispetto a quella italiana; mentre 4 ostetriche ritengono che ciò non sia vero (Grafico 18).

Per te, è più difficile comunicare con la donna straniera rispetto a quella italiana?

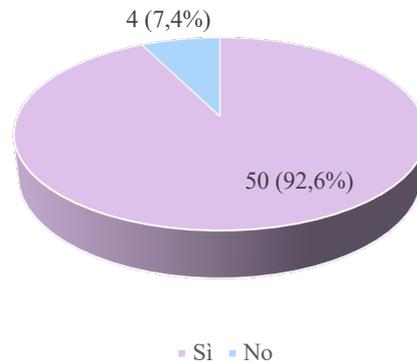


Grafico 18

In seguito, alle 50 ostetriche che avevano dichiarato di avere difficoltà nella comunicazione, si chiede quali esse siano. Il 66% di loro dichiara che gli ostacoli siano dovuti alla presenza di barriera linguistica; il 4% ritiene siano causati da differenze culturali; mentre il 30% pensa che dipenda da entrambi i fattori (Grafico 19).

Se sì, quali pensi siano le difficoltà?

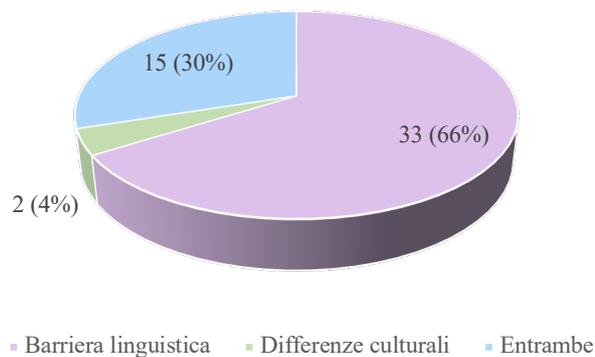


Grafico 19

Successivamente, alla domanda “*Quali strategie adottate per comunicare con le donne straniere?*”, alla quale si possono segnare più alternative, vengono totalizzate 195 risposte, riportate al *Grafico 20*, da cui si deduce che:

- le due strategie maggiormente adottate, che insieme rappresentano il 42% delle risposte segnate, sono quelle di chiedere ad un familiare di fare da traduttore (41 risposte), e parlare in inglese, oppure in italiano con parole e gesti semplici, in caso la donna faticasse ancora a comprendere (41 risposte);
- in seguito, 34 ostetriche rispondono di ricorrere ad un mediatore culturale;
- 30 risposte si riferiscono all'utilizzo di traduttori online;
- 21 ostetriche richiedono l'aiuto di un collega per comunicare con la donna;
- 13 dichiarano di utilizzare gesti e parole semplici in italiano;
- 12 utilizzano "Help Voice" (servizio telefonico di traduzione simultanea dell'ULSS2)
- 3 comunicano direttamente con il familiare della donna.

Strategie di comunicazione adottate

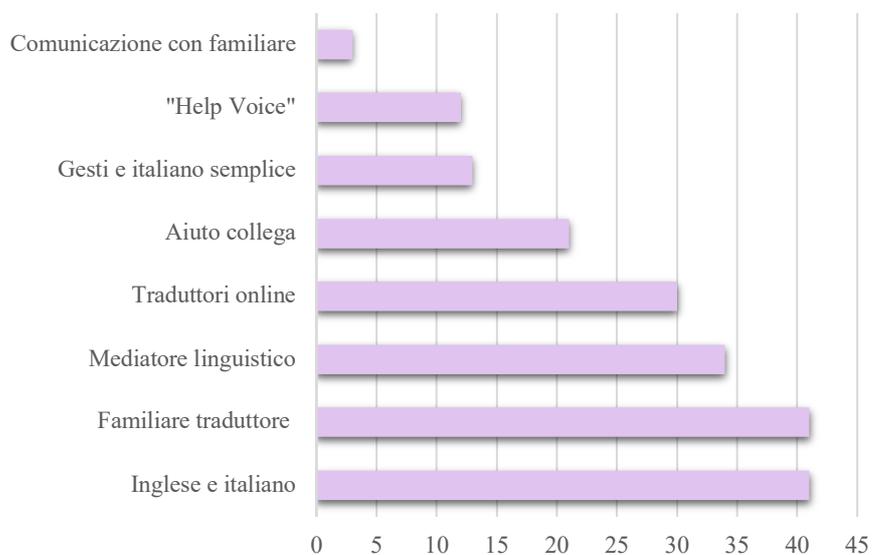


Grafico 20

In particolare, 52 ostetriche su 54 dichiarano che avere a disposizione un mediatore culturale possa facilitare la comunicazione con la donna, come riportato nel *Grafico 21*.

Ritieni che avere a disposizione un mediatore culturale possa facilitare la comunicazione con la donna?

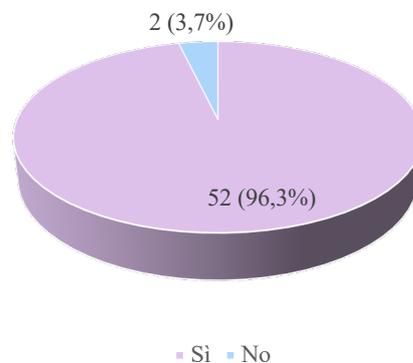


Grafico 21

Chiedendo alle ostetriche come si comportano quando una donna straniera deve firmare il consenso informato ad una procedura (Grafico 22):

- la maggior parte (42,6%) dichiara di servirsi del familiare come interprete, se è presente barriera linguistica;
- il 29,6% afferma di richiedere un interprete o un mediatore culturale;
- l'11,1% ricorre all'utilizzo di traduttori online;
- il 7,6% cerca di parlare alla donna in inglese e, se non riesce ancora a farsi comprendere, prova con parole e gesti semplici in italiano;
- l'1,9% del personale, invece, comunica direttamente le informazioni al familiare della donna.

La restante parte delle ostetriche (3,8%) dichiara di spiegare al familiare le informazioni e lasciare alla donna il consenso informato nella sua lingua, se questo è disponibile; oppure di cercare di comunicare con lei utilizzando molteplici metodi (tra cui: parlare in inglese, servirsi di traduttori online, rilasciare il consenso nella sua lingua, richiedere un interprete, oppure spiegare direttamente al familiare).

Se una donna straniera deve firmare il consenso informato ad una procedura:

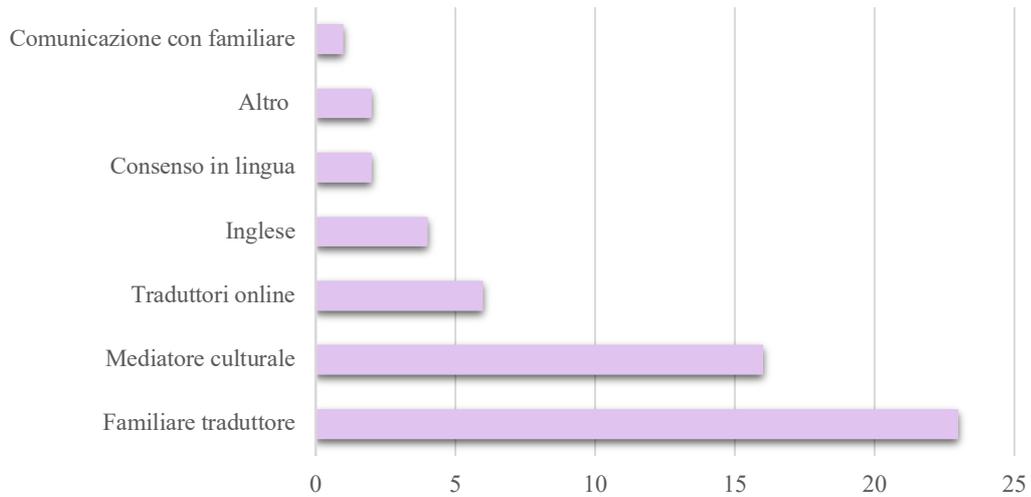


Grafico 22

Come illustrato dal *Grafico 23*, secondo il 27,8% delle ostetriche le donne straniere conoscono i servizi offerti in gravidanza dal Sistema Sanitario nazionale perché vengono informate dagli operatori sanitari; mentre, il 46,3% crede che li conoscano perché sono state informate dalla propria rete sociale; secondo il 25,9% delle ostetriche intervistate, le donne straniere non conoscono tali servizi.

Riguardo i servizi offerti in gravidanza dal Sistema Sanitario nazionale, le donne straniere vengono informate:

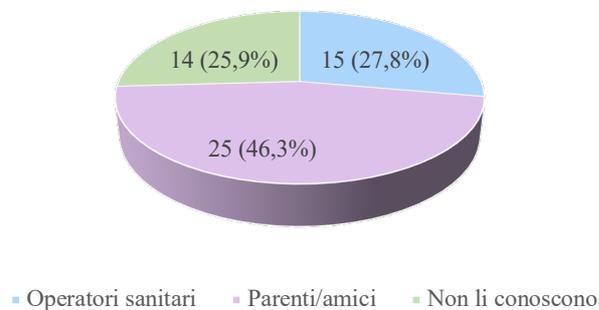


Grafico 23

Alla domanda “Pensi che le donne straniere ritengano utili i corsi preparto?”, il 55,6% pensa che non li ritengano utili; mentre, il 44,4% asserisce il contrario, come riportato al *Grafico 24*.

Pensi che le donne straniere ritengano utili i corsi pre parto?

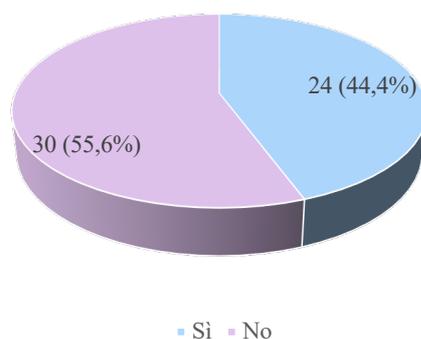


Grafico 24

Delle 30 ostetriche che hanno risposto “no” alla precedente domanda, 26 hanno dato le seguenti motivazioni, riportate alla *Tabella 6*.

Motivazione	Numero risposte
Barriera linguistica	7
Barriera linguistica e culturale	7
Differenze culturali	4
Preferiscono il sostegno familiare o rete sociale appartenente alla propria cultura	4
Barriera linguistica e difficoltà negli spostamenti	1
Barriera linguistica e paura del giudizio	1
Differenze culturali e poco tempo	1
Poca conoscenza	1

Tabella 6

Nella sezione riguardante la formazione del personale ostetrico in ambito interculturale, 47 ostetriche su 54 dichiarano che sarebbe importante introdurre all'interno del Corso di Laurea triennale in Ostetricia una materia che tratti "Assistenza alla donna in gravidanza in ottica interculturale", contrariamente al 3,7%, che non lo ritiene importante; mentre il 9,3% si astiene dal prendere una posizione a riguardo, come riportato al *Grafico 25*.

Pensi che sia importante introdurre all'interno del nostro corso di laurea triennale una materia che tratti "Assistenza alla donna in gravidanza in ottica interculturale" ?

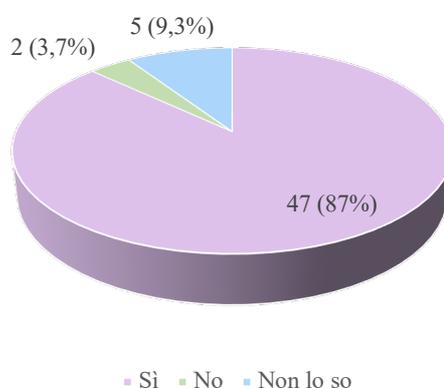


Grafico 25

È stato infine chiesto alle ostetriche se si sentono in grado di comprendere le esigenze culturali legate all'assistenza delle donne straniere che prendono in carico chiedendo di esprimere la propria competenza con un valore numerico da 1 (No, per niente) a 5 (Sì, molto). Il valore mediano delle 54 risposte ottenute corrisponde a 3 (1), come mostra la *Tabella 7*.

Descrittive

Ti ritieni in grado di comprendere le esigenze culturali legate all'assistenza delle donne straniere che prendi in carico?	
N	54
Mediana	3.00
Scarto Interquartile (IQR)	1.00

Tabella 7

Nessuna ostetrica/o ha risposto 1, collocando il range delle risposte ottenute da 2 a 5.

Osservando il *Grafico 26* e la *Tabella 8*, si può asserire che:

- il 50% delle professioniste ha risposto 3
- il 29,6% valuta la propria competenza con 4,
- il 13% si autovaluta 2
- il 7,4% ha risposto 5, ritenendosi molto capaci di comprendere i bisogni culturali delle donne assistite.

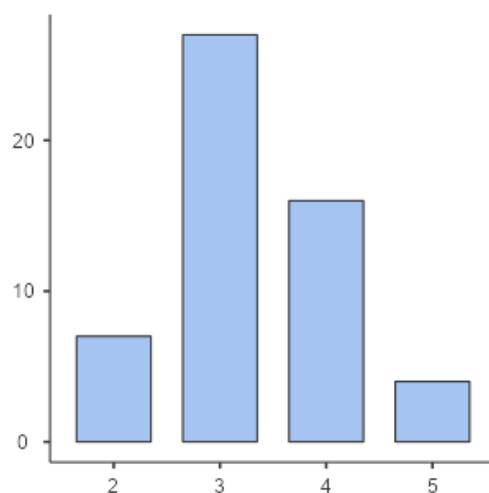


Grafico 26

Frequenze

Ti ritieni in grado di comprendere le esigenze culturali legate all'assistenza delle donne straniere che prendi in carico?	Frequenze	% del Totale	% Cumulata
2	7	13.0 %	13.0 %
3	27	50.0 %	63.0 %
4	16	29.6 %	92.6 %
5	4	7.4 %	100.0 %

Tabella 8

Confronto tra i due questionari

All'interno dei due questionari sono contenuti alcuni quesiti simili, in modo da indagare e poter confrontare sia il punto di vista delle donne, che quello delle ostetriche.

Considerando le strategie comunicative messe in atto dal personale ostetrico per dialogare con la donna straniera, il *Grafico 27* mostra come i due punti di vista, per alcuni tratti, divergano tra loro. Infatti:

- Servirsi del familiare accompagnatore della donna come traduttore è la strategia comunicativa più utilizzata, sia dal punto di vista del personale ostetrico (21,03%), che da quello della donna (25,49%);
- Le ostetriche dichiarano che, per quanto concerne la loro esperienza, l'altra strategia più utilizzata è cercare di comunicare alla donna in inglese e, se manca la comprensione, provare con parole e gesti semplici in italiano (21,03%); allo stesso tempo, questa è la strategia meno utilizzata dal punto di vista delle donne (13,73%);
- Ricorrere ad un mediatore culturale è la seconda strategia che le donne ritengono sia la più utilizzata (23,53%) e si osserva essere la seconda per importanza anche per le ostetriche (17,44%);
- Successivamente si trovano l'utilizzo di gesti e parole semplici in italiano, dichiarato dal 19,61% delle donne e il 6,67% delle ostetriche;
- Infine, il personale ostetrico dichiara che la diretta comunicazione con il familiare accompagnatore della donna sia il metodo meno utilizzato (1,54%), nonostante il 17,65% riferisca l'utilizzo di tale metodo.

Strategie comunicative tra donne e ostetriche

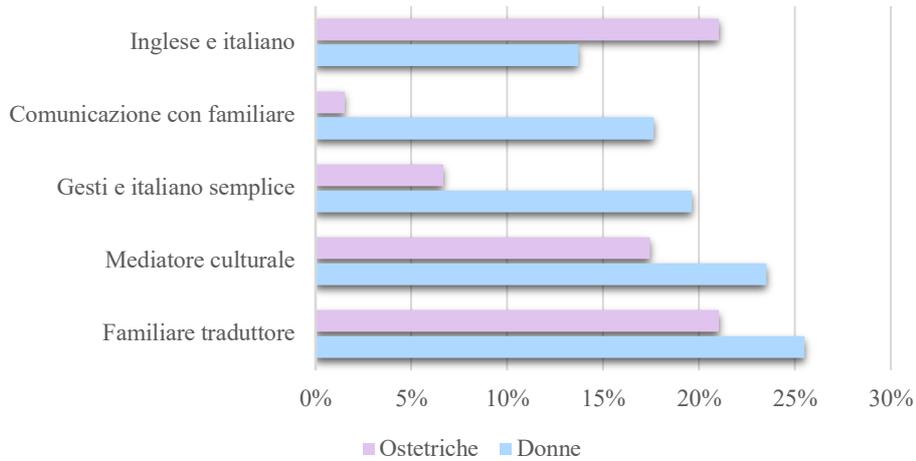


Grafico 27

Considerando la sfera della comunicazione, un confronto meritevole di attenzione è quello che concerne l'importanza della presenza di un mediatore culturale durante i colloqui con la donna. Riportando i *Grafici 8 e 21*, si evince che:

- L'81% delle donne straniere e il 96,3% delle ostetriche ritiene che un mediatore culturale possa facilitare la comunicazione con gli operatori;
- La pensa contrariamente il 15% delle donne e il 3,7% delle ostetriche;
- Solo una minima parte delle donne (4%) si ritiene indifferente al tema.

Pensi che un mediatore culturale possa facilitare la comunicazione?

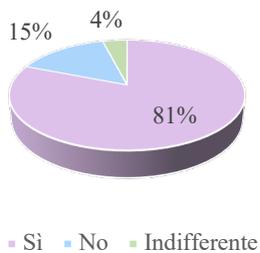


Grafico 8

Ritieni che avere a disposizione un mediatore culturale possa facilitare la comunicazione con la donna?

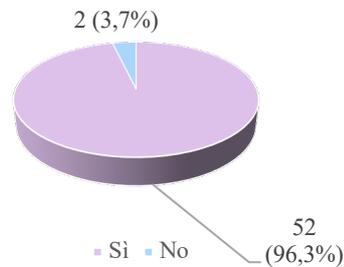


Grafico 21

Analizzando i due diversi punti di vista sulla conoscenza del Sistema Sanitario nazionale e l'accesso ai servizi offerti in gravidanza descritti nei *Grafici 9 e 23*, si può asserire che:

- Un tasso maggiore di risposte sia da parte delle donne (40%) sia da parte delle ostetriche (46,3%) si verifica nell'opzione in cui si prevede un'informazione da parte della rete sociale;
- Il 34% delle donne è stata informata dagli operatori sanitari, mentre la stessa affermazione è dichiarata dal 27,8% delle ostetriche;
- L'11% delle donne intervistate ammette di non conoscere i servizi offerti, invece il 25,9% delle ostetriche stima che esse non ne siano a conoscenza.

Riguardo ai servizi offerti dal Sistema Sanitario nazionale alle donne in gravidanza sono stata informata:

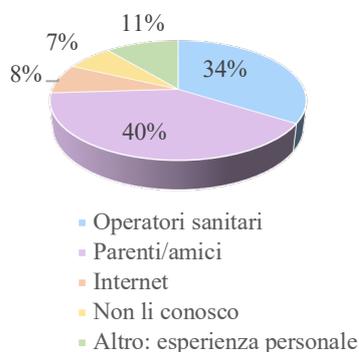


Grafico 9

Riguardo i servizi offerti in gravidanza dal Sistema Sanitario nazionale, le donne straniere vengono informate:

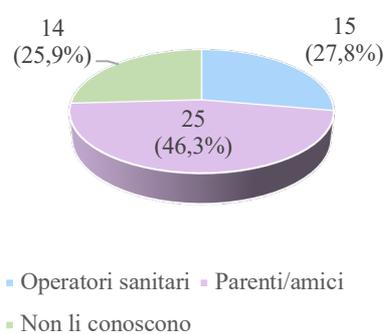
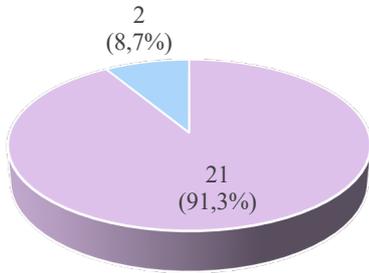


Grafico 23

Esaminando l'opinione espressa da donne e ostetriche sui corsi parto nel *Grafico 11 e 24*, si può dichiarare che di 23 donne su 100 che hanno preso parte al corso parto, solo due non lo hanno trovato utile. Quando invece si pone la stessa domanda alle ostetriche si evince che secondo la maggior parte di loro (55,6%) le donne straniere non lo ritengono utile. Nonostante ciò, se ci si focalizza sulle motivazioni per cui sia una che l'altra categoria non li ritengono utili, pare emergano delle analogie. Infatti, nella maggior parte dei casi (21

risposte delle ostetriche e due risposte delle donne), non vengono considerati utili per la barriera linguistica o culturale della donna straniera.

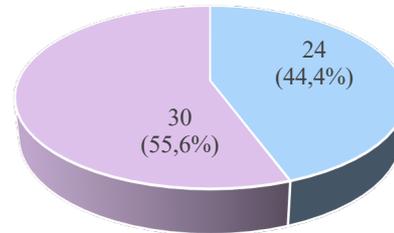
Lo hai trovato utile?



■ Sì ■ No

Grafico 11

Pensi che le donne straniere ritengano utili i corsi pre parto?



■ Sì ■ No

Grafico 24

Infine, nel Grafico sottostante (Grafico 28) si riportano i dati relativi ai bisogni delle donne straniere in gravidanza, confrontando l'opinione delle donne stesse e quella delle ostetriche.

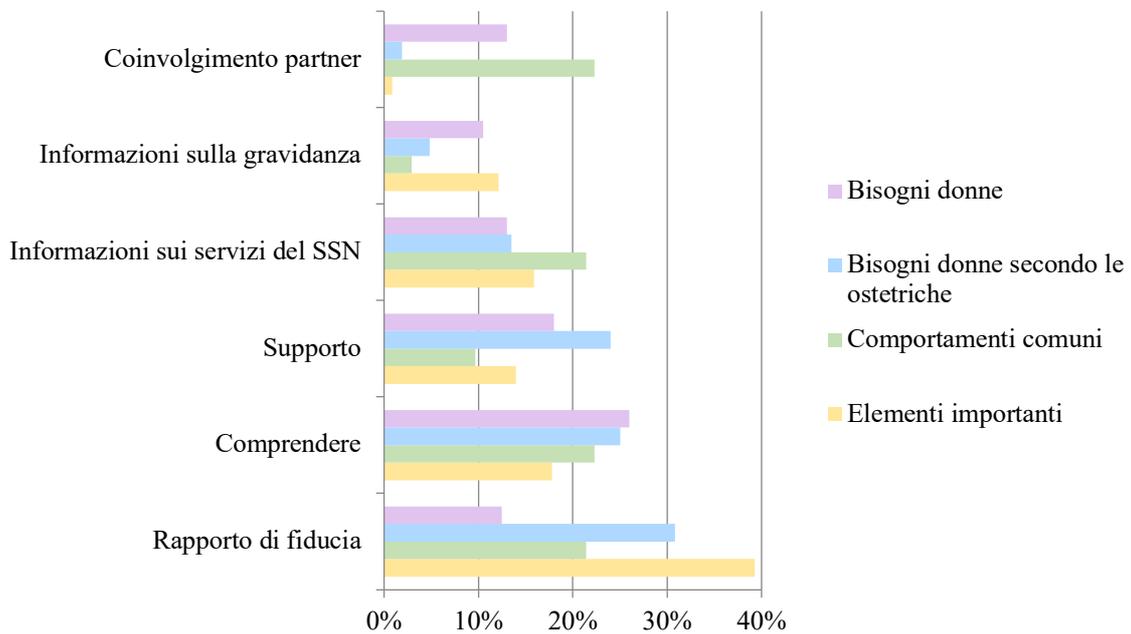


Grafico 28

DISCUSSIONE

I risultati dello studio sono stati suddivisi in quattro macro aree: accesso ai servizi in gravidanza da parte della donna straniera; limiti percepiti dalla donna immigrata nell'accesso ai servizi; comunicazione tra il personale ostetrico e la donna ed il concetto di sensibilità culturale da parte dei professionisti in ambito assistenziale.

I temi sopra citati sono stati analizzati sia dal punto di vista delle donne, sia dal punto di vista delle ostetriche campione dello studio, al fine di sviscerarne analogie e differenze, così da esaltare un quadro globale della questione.

Per quanto riguarda il tema dell'accesso ai servizi in gravidanza da parte delle donne straniere, non si può non considerare l'influenza che ne gioca lo status socio-economico, il livello di istruzione e l'appartenenza ad un gruppo etnico. In particolare, considerando il timing della prima visita in gravidanza e il numero minimo di visite, si evince che il campione di donne reclutato rispetta i criteri dettati dalle Linee Guida nazionali (Linee Guida Gravidanza Fisiologica, 2011), poiché il 77% delle donne intervistate ha avuto accesso alla prima visita entro le 10 settimane di gravidanza e nessuna donna ha effettuato meno di quattro visite. Ciò che risulta dal corrente studio è in contrasto con alcuni riferimenti alla letteratura. In uno studio condotto a Londra da Lu MC et al. (2000), ad esempio, si osserva che su 29 donne immigrate, soltanto 5 abbiano avuto accesso alla prima visita in gravidanza prima delle 10 settimane di gestazione. Tale divergenza potrebbe essere definita da un fattore di integrazione all'interno della cultura italiana fortemente presente nel campione intervistato. Infatti, osservando la descrizione del campione, si può evincere che il 41% delle donne reclutate vive in Italia da più di 10 anni ed il 52% di loro ha un diploma di scuola superiore; inoltre, il 41% delle donne dichiara di avere un'occupazione stabile. I fattori socio-economici e legati all'istruzione sono rilevanti al fine di descrivere come la donna è in grado di approcciarsi al Sistema Sanitario nazionale, conoscendone i

servizi offerti in gravidanza, quindi accedendovi con più facilità, agevolando la propria integrazione e prendendo scelte responsabili per se stessa e il suo bambino (Chiavarini M., 2014; Lauria L, 2013; Jinga N, 2019; Tocchioni V, 2018; Manichini D, 2021).

Collegandosi all'influenza che tali fattori giocano nella qualità dell'accesso ai servizi da parte della donna straniera, va preso in considerazione l'assunzione di acido folico che, secondo lo studio condotto da Lauria Laura (2013), se essa viene effettuata nel periodo pre-concezionale, è considerata un indicatore del livello della donna di consapevolezza di sé e del controllo delle proprie scelte nei confronti della gravidanza. Se tale concetto viene inserito a ciò che emerge dal corrente studio, invece, si assume che il 92% delle donne intervistate ha assunto acido folico durante la gravidanza, ma solo il 19,6% dichiara di averne fatto uso in periodo pre-concezionale. Tuttavia è opportuno sottolineare che il dato raccolto è stato estrapolato dalle parole delle donne stesse e non è stato possibile verificarne la veridicità all'interno della cartella ostetrica.

Riguardo l'accesso ai servizi, si vuole menzionare anche la partecipazione delle donne straniere ai corsi preparto, che, nell'attuale studio, è stata limitata al 23% del campione. Tra queste, due intervistate hanno affermato di non sentirsi a proprio agio nel contesto del corso di accompagnamento alla nascita, ritenuto poco inclusivo sia dal punto di vista linguistico, che culturale. Tale affermazione può essere collegata a ciò che viene espresso dalle ostetriche, di cui la maggior parte (55,6%) dichiara che tali corsi non siano utili per le donne straniere, imputando la colpa soprattutto alla barriera linguistica e culturale. Tale pensiero è ritenuto in linea con la letteratura ricercata, poiché viene ripreso in diversi studi (Clare L. Zhu, 2023; Phillimore, 2015; Sukhjeet Bains, 2021). Si sottolinea che, ad ogni modo, nello studio presente non sono state chieste le motivazioni per cui il 77% delle intervistate non ha preso parte ai corsi preparto.

In relazione a ciò, però, possiamo asserire che la maggior parte delle donne di questo studio (64%) vorrebbe partecipare ad incontri con altre donne straniere che parlano la loro stessa lingua, in linea con quanto descritto da Sukhjeet Bains (2021) e da questo ne risulta il desiderio di creare una rete sociale connessa ad altre donne che possano veramente

comprenderle. Infatti, emerge in alcuni studi (Janke T.M., 2024; Oscarsson M.G., 2020; Bains S., 2021) che la sola rete sociale con cui si interfaccia la donna straniera, nella maggior parte dei casi, sia quella familiare, che ne riduce l'indipendenza personale e di pensiero e, creando un clima di isolamento e solitudine, lontano dalle proprie radici e dal paese natale.

La scarsa partecipazione delle donne al corso preparato può essere collegata alla loro difficoltà nel comprendere il funzionamento del Sistema Sanitario Nazionale e dei servizi offerti, come viene riportato da Sukhjeet Bains (2021). All'interno del corrente studio, solo il 7% delle donne ha dichiarato di non conoscere i servizi offerti in gravidanza, nonostante ciò, non è stata approfondita l'effettiva conoscenza del restante 93%. Di questa quota, però, il 40% dichiara di essere stata informata a riguardo dalla rete sociale di parenti e amici, fonte che probabilmente è poco attendibile, non essendo ufficiale e oggettiva. Considerando il punto di vista delle ostetriche, anche in questo caso la maggioranza (46,3%) conferma che la fonte più ricorrente di informazioni per la donna straniera sia la sua rete familiare. Oltre a ciò, solo il 34% delle donne dichiara di essere stato informato dal personale ostetrico, nonostante quest'ultimo possa considerarsi una fonte di informazioni estranea a qualsiasi forma di influenza culturale. Grazie a questa, infatti, la donna riuscirebbe ad essere informata su come funziona il Sistema Sanitario Nazionale, quali servizi offre in gravidanza, quali sono i suoi diritti e le agevolazioni a cui può accedere. Questo potrebbe portare ad una visione in cui la donna, la propria consapevolezza ed autonomia decisionale sono poste al centro dell'assistenza. Ciò sarebbe realizzabile lavorando sotto due aspetti: da una parte, sarebbe opportuno implementare l'inclusività delle strutture sanitarie pubbliche, diffondendo insegne o brochure informative riguardo i servizi gratuiti offerti in gravidanza e le agevolazioni a cui la donna può accedere in varie lingue, così da raggiungere un bacino di utenza più ampio. D'altro canto, sarebbe conveniente rendere maggiormente inclusivi i servizi stessi, che, attraverso una collaborazione tra personale ostetrico e mediatori culturali, potrebbero garantire l'erogazione di tali servizi, come il corso preparato, in molteplici lingue e approcci culturali

congruenti con le esigenze delle donne stesse, così da raggiungere una maggiore partecipazione e lavorare sul processo di emancipazione femminile, come suggerito da Sukhjeet Bains (2021).

Nonostante vi siano evidenze in letteratura (Clare L. Zhu, 2023; Reitmanova S., 2007) che affermano che l'assistenza alla gravidanza di donne appartenenti ad alcune religioni da parte di un professionista di sesso opposto sia un tabù, all'interno del presente studio è stato rilevato che solo il 5% delle donne ha affermato che l'impossibilità di scegliere chi doveva seguire la loro gravidanza ha effettivamente influenzato il loro percorso. Inoltre, tra le motivazioni a sostegno di tale affermazione, nessuna ha citato la presenza di un operatore di sesso opposto. Oltre a ciò, la scelta di chi avrebbe seguito la loro gravidanza è stata riportata come ultima in ordine di importanza riguardo i bisogni espressi dalla donna nei confronti dell'assistenza ostetrica (10,5%). Questo può essere dovuto alla scarsità, all'interno del campione, di donne appartenenti alla religione islamica, oppure ad uno stato avanzato delle donne prese in esame nel processo di integrazione nella cultura occidentale, che ha portato loro a ignorare la problematica. Inoltre, si evince che la maggioranza delle donne considerate (93%) dichiara di essersi sentita rispettata durante l'assistenza alla propria gravidanza. Questa affermazione, però, deve essere calata in un contesto più ampio, in cui è necessario considerare i setting sanitari di cui hanno fatto esperienza le madri immigrate nei loro paesi d'origine, rispetto a quelli occidentali, che portano, dunque, la donna straniera a riportare tassi di soddisfazione per l'assistenza sanitaria maggiori, proprio come testimoniano alcuni riferimenti alla letteratura (Tocchioni V, 2018; Yelland J.S., 2012; Srivastava A., 2015).

Riguardo le problematiche riscontrate dalle donne nell'accesso alle visite in gravidanza, solo il 7% del campione intervistato riferisce di aver riscontrato difficoltà ad accedervi e queste si riferivano principalmente a problemi legati al trasporto e alla gestione familiare. Infatti, questo rispecchia le difficoltà trovate dalle donne arruolate nello studio di Sukhjeet Bains (2021). Nonostante ciò, considerato che il 99% delle donne intervistate vive con il partner, si asserisce che questo possa essere il motivo per cui il 93% di queste non ha

dichiarato di avere avuto problemi nel trasporto. Infatti, non è stato approfondito con le donne se loro fossero effettivamente autonome con i mezzi o dipendenti dal partner.

Il concetto della frequente presenza del partner e l'affidamento che le donne fanno su di esso viene considerato il *fil rouge* di molti altri aspetti dell'assistenza alla donna straniera in gravidanza. Infatti, sono le stesse donne a porre come terzo bisogno essenziale in gravidanza il coinvolgimento del partner nell'assistenza ostetrica. Se le donne stesse necessitano la costante presenza dell'uomo nel percorso assistenziale, d'altro canto, il personale ostetrico non le aiuta ad emanciparsi da ciò. Infatti, il 23,5% delle donne riferisce che la strategia più utilizzata dagli operatori sanitari per comunicare con loro, in caso di barriera linguistica, era servirsi del partner come traduttore. Allo stesso tempo, il 21% delle ostetriche conferma tale condotta, aggiungendo che, oltre ad essere la principale modalità di comunicazione, questa sia anche, secondo il loro punto di vista, la principale via di somministrazione della richiesta di firma del consenso informato, limitando ulteriormente l'autonomia decisionale della donna stessa.

Proseguendo a considerare le strategie utilizzate per dialogare con le donne straniere, si introduce il tema legato alla figura del mediatore culturale. Infatti, all'interno del presente studio, è stato stimato che il 51% delle donne ha avuto problemi di comunicazione. In un contesto di assistenza sempre più multietnico, dalla letteratura si evince che i servizi di mediazione abbiano agevolato la comprensione delle informazioni in ambito di maternità alle donne immigrate (Bains S., 2021). Infatti, nel presente studio, sia donne (81%) che ostetriche (96,3%) ritengono utile tale professionista al fine di agevolare la comunicazione. Di conseguenza, ciò si rivela essere la seconda strategia comunicativa più adottata, in ordine di frequenza, secondo le donne (21,5%) dal personale ostetrico e la terza secondo le ostetriche stesse (17,48%), per superare la barriera linguistica.

Nonostante ciò, non mancano i lati negativi ad essa riferiti, infatti se il 19% delle donne straniere intervistate si ritiene contrario o indifferente a tale figura, i motivi potrebbero essere innumerevoli. La letteratura riporta casi in cui gli interpreti erano poco preparati in tema di maternità (Clare L. Zhu, 2023) e questo può diventare un limite, creando

confusione nelle donne o inutili allarmismi, aumentandone così lo stato di preoccupazione. Allo stesso tempo, anche il genere dell'interprete può rivelarsi un ostacolo per la donna (Bains S., 2021), che, per credo religioso, non si sentirebbe a suo agio durante le visite o completamente libera di esprimersi, soprattutto considerando le tematiche più delicate. È proprio per questi motivi che i servizi di mediazione linguistica e culturale dovrebbero venire implementati all'interno delle strutture pubbliche di erogazione delle prestazioni ostetriche, e i professionisti reclutati dovrebbero essere formati e competenti in materia, prediligendo il genere femminile degli interpreti, al fine di diminuire notevolmente la possibile sensazione di disagio provata da alcune donne straniere, essendo, così, il più inclusivi possibile. In questo modo, si potrebbe aumentare il senso di autonomia e consapevolezza di sé della donna immigrata, dandole così la possibilità di conquistare la propria indipendenza dalla figura maschile e considerando le strutture pubbliche un luogo sicuro, dove poter reperire informazioni in tema di maternità con maggiore facilità.

Non allontanandosi dal tema della comunicazione, si ritiene necessario analizzarlo dal punto di vista delle professioniste coinvolte nello studio. Infatti, il 94,6% delle ostetriche intervistate dichiara di avere maggiore difficoltà a interagire con la donna straniera, rispetto a quella italiana. Di queste, il 66% assume che le difficoltà siano di natura linguistica. Nonostante tali difficoltà, la maggior parte delle ostetriche (80%) si ritiene, in una scala da 1 (per niente) a 5 (molto) tra 3 e 4, riguardo la propria competenza nel fornire un'assistenza culturalmente adeguata alle donne straniere prese in carico. Questo può essere giustificato da alcuni dati estrapolati dalla descrizione del campione delle ostetriche, secondo i quali l'età media delle professioniste è di 37.43 (11.41) anni; il 51,9% di loro ha un livello di inglese intermedio (B1-B2) e, oltre a questo, il 31,5% conosce anche il francese. Infatti, come sottolineano alcune ostetriche intervistate da Sharareh Akhavan nel suo studio del 2012, la comprensione del linguaggio è fondamentale per costruire una comunicazione efficace con la donna. Inoltre, una corretta comprensione delle lingue straniere può ridurre le disuguaglianze in ambito sanitario. Allo stesso tempo, però, la barriera linguistica non può essere considerata dal personale sanitario come ostacolo al garantire un'assistenza

dignitosa ed equa alla donna immigrata. Quindi, partendo da questo presupposto, come descritto da Sharareh Akhavan (2012), l'introduzione, in futuro, di personale sanitario bilingue all'interno delle équipes ostetriche potrebbe mitigare queste problematiche e migliorare la qualità dell'assistenza erogata.

Sharareh Akhavan (2012) cita ciò che precedentemente affermò Rice (1999) e che mostra la chiave interpretativa dell'intero studio. Secondo la ricercatrice, uno dei fattori che porta alla mancanza di comunicazione è che alle donne non vengono donate le informazioni di cui hanno bisogno per comprendere ciò che sta succedendo in gravidanza e per definirsi libere di compiere le proprie scelte consapevolmente. Collegandosi al presente studio, infatti, questo è riportato come bisogno essenziale dalla maggioranza delle donne intervistate (40%). Allo stesso tempo, se si implementa la comunicazione tra personale ostetrico e donna straniera, allora si può arrivare a comprendere i bisogni della donna e a costruire una relazione di fiducia (Sharareh Akhavan, 2012), basata sul rispetto dei valori e delle culture. Ciò risulta essere, considerando l'attuale studio, sia il bisogno manifestato dalle donne straniere, secondo il punto di vista della maggioranza delle ostetriche (30,8%), che l'elemento considerato più importante nell'assistenza alla donna (39,3%) da parte delle ostetriche stesse.

Al fine di arrivare a questo notevole risultato, secondo la letteratura (Sharareh Akhavan, 2012; Fennie Mantula, 2023; Shefaly Shorey, 2021; Teckla K. Ngotie, 2022; Garnweidner-Holme LM, Lukasse M, Solheim M, Henriksen L., 2017) è necessario istruire le future ostetriche in materia di "*transcultural health*" (Sharareh Akhavan, 2012) o "*cultural competence*" (Frankie Fair, 2021; Seeleman C, Suurmond J, Stronks K., 2009). Infatti, l'87% delle professioniste reclutate in questo studio si considera favorevole all'introduzione dell'insegnamento riguardo l'assistenza alla donna in gravidanza in ottica interculturale all'interno dei Corsi di Laurea triennali in Ostetricia del nostro Paese. Questo potrebbe migliorare l'approccio dei nuovi professionisti sanitari alle donne provenienti da diverse culture, mitigare i conflitti legati alle barriere culturali e contribuire, così, a costruire una sanità maggiormente inclusiva e attenta alle necessità culturali delle donne.

CONCLUSIONI

Dal presente studio emerge il bisogno di comunicare, espresso assiduamente nel questionario dalle donne straniere. Infatti, i risultati dello studio hanno evidenziato barriere linguistiche e culturali, che da una parte hanno limitato tali donne nell'accedere pienamente ai servizi offerti in gravidanza e nell'essere autonome dal punto di vista decisionale; d'altra parte, hanno reso più complesso l'approccio nei loro confronti da parte delle ostetriche.

Si ritiene, quindi, fondamentale, approfondire tale tema, soprattutto al fine di promuovere politiche sanitarie che risultino più inclusive, così da facilitare l'accesso ai servizi in gravidanza alle donne straniere, incrementare il tasso di donne che vi prende parte e, quindi, diminuire l'incidenza di patologie ostetriche strettamente legate all'etnia o all'influenza culturale.

Per raggiungere tale obiettivo, potrebbe essere interessante implementare la collaborazione tra personale ostetrico e mediatori culturali professionisti e, allo stesso tempo, sviluppare le competenze culturali delle ostetriche, introducendo un insegnamento riguardante l'assistenza alla donna in ottica interculturale all'interno del percorso di studi delle future professioniste, al fine di formare ostetriche in grado di rispondere universalmente alle esigenze di tutte le donne.

BIBLIOGRAFIA

Akhavan S. (2012). Midwives' views on factors that contribute to health care inequalities among immigrants in Sweden: a qualitative study. *International journal for equity in health*, 11, 47. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-47>

Alexander, G. R., Wingate, M. S., Mor, J., & Boulet, S. (2007). Birth outcomes of Asian-Indian-Americans. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 97(3), 215–220. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2007.02.017>

Bains, S., Skråning, S., Sundby, J., Vangen, S., Sørbye, I. K., & Lindskog, B. V. (2021). Challenges and barriers to optimal maternity care for recently migrated women - a mixed-method study in Norway. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 686. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04131-7>

Bibiano, N., Barrientos, D., Cruz, S., Hernandez, M., Martin, A., Mueller, C., & Tran, J. (2023). Addressing Racial and Socioeconomic Disparities Through Patient Education and Increasing Healthcare Professionals' Cultural Competency to Reduce Maternal Mortality in the United States. *Research Methods Poster Sessions*. <https://doi.org/10.52519/00106>

Boldrini R. et al., 2023 “Certificato di assistenza al parto – analisi dell’evento nascita, anno 2022”

Bryant, A. S., Worjolah, A., Caughey, A. B., & Washington, A. E. (2010). Racial/ethnic disparities in obstetric outcomes and care: prevalence and determinants. *American journal of obstetrics and gynecology*, 202(4), 335–343. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.10.864>

Caruso, G., Marcoccia, E., Brunelli, R., Candelieri, M., Schiavi, M. C., Zannini, I., Perrone, S., Capri, O., Muzii, L., Perrone, G., & Galoppi, P. (2021). Immigration and Adverse Pregnancy Outcomes in an Italian Free Care Hospital. *International journal of women's health*, 13, 911–917. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S322828>

Chiavarini, M., Lanari, D., Minelli, L., & Salmasi, L. (2014). Socio-demographic determinants and access to prenatal care in Italy. *BMC health services research*, 14, 174. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-174>

Chiavarini, M., Lanari, D., Minelli, L., Pieroni, L., & Salmasi, L. (2016). Immigrant mothers and access to prenatal care: evidence from a regional population study in Italy. *BMJ open*, 6(2), e008802. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008802>

De Nicola E., 1947 “Costituzione Italiana – Parte I – Diritti e doveri dei cittadini – Titolo II – Rapporti etico-sociali – Articolo 32”

Fair, F., Soltani, H., Raben, L., van Streun, Y., Sioti, E., Papadakaki, M., Burke, C., Watson, H., Jokinen, M., Shaw, E., Triantafyllou, E., van den Muijsenbergh, M., & Vivilaki, V. (2021). Midwives' experiences of cultural competency training and providing perinatal care for migrant women a mixed methods study: Operational Refugee and Migrant Maternal Approach (ORAMMA) project. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 340. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03799-1>

Funai, E.F., Norwitz, E.R., Lockwood, C.J., & Barss, V.A. (2017). Management of normal labor and delivery-UpToDate.

Garnweidner-Holme, L. M., Lukasse, M., Solheim, M., & Henriksen, L. (2017). Talking about intimate partner violence in multi-cultural antenatal care: a qualitative study of

pregnant women's advice for better communication in South-East Norway. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 123. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1308-6>

Gould, J. B., Madan, A., Qin, C., & Chavez, G. (2003). Perinatal outcomes in two dissimilar immigrant populations in the United States: a dual epidemiologic paradox. *Pediatrics*, 111(6 Pt 1), e676–e682. <https://doi.org/10.1542/peds.111.6.e676>

Guendelman, S., Buekens, P., Blondel, B., Kaminski, M., Notzon, F. C., & Masuy-Stroobant, G. (1999). Birth outcomes of immigrant women in the United States, France, and Belgium. *Maternal and child health journal*, 3(4), 177–187. <https://doi.org/10.1023/a:1022328020935>

Higginbottom, G. M., Safipour, J., Mumtaz, Z., Chiu, Y., Paton, P., & Pillay, J. (2013). "I have to do what I believe": Sudanese women's beliefs and resistance to hegemonic practices at home and during experiences of maternity care in Canada. *BMC pregnancy and childbirth*, 13, 51. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-51>

Hodin, S. (2017, September 28). Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Retrieved November 23, 2022, from Maternal Health Task Force: <https://www.mhtf.org/2017/09/28/the-struggle-to-provide-culturally-appropriate-maternity-care/>

Holdt Somer, S. J., Sinkey, R. G., & Bryant, A. S. (2017). Epidemiology of racial/ethnic disparities in severe maternal morbidity and mortality. *Seminars in perinatology*, 41(5), 258–265. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2017.04.001>

Istat (Istituto Nazionale di Statistica), 2023 “Cittadini non comunitari in Italia– anni 2022-2023. report”

Istituto Superiore di Sanità, 2017 “Nuovi livelli di Assistenza – Cosa cambia nelle prestazioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale per la gravidanza e a tutela della maternità”

Iswanti, D. I., Erwansyah, R. A., Saifudin, I. M. M. Y., & Pujiyanto, T. I. (2024). Cultural diversity in maternity care in improving the quality of care services: a systematic review. *International Journal of Public Health Science (IJPHS)*, 13(3), 1258. <https://doi.org/10.11591/ijphs.v13i3.24143>

Janke, T. M., Makarova, N., Schmittinger, J., Agricola, C. J., Ebinghaus, M., Blome, C., & Zyriax, B. C. (2024). Women's needs and expectations in midwifery care - Results from the qualitative MiCa (midwifery care) study. Part 1: Preconception and pregnancy. *Heliyon*, 10(4), e25862. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e25862>

Jinga, N., Mongwenyana, C., Moolla, A., Maletse, G., & Onoya, D. (2019). Reasons for late presentation for antenatal care, healthcare providers' perspective. *BMC health services research*, 19(1), 1016. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4855-x>

Kana, M. A., Correia, S., & Barros, H. (2019). Adverse Pregnancy Outcomes: A Comparison of Risk Factors and Prevalence in Native and Migrant Mothers of Portuguese Generation XXI Birth Cohort. *Journal of immigrant and minority health*, 21(2), 307–314. <https://doi.org/10.1007/s10903-018-0761-2>

Khalil, A., Rezende, J., Akolekar, R., Syngelaki, A., & Nicolaides, K. H. (2013). Maternal racial origin and adverse pregnancy outcome: a cohort study. *Ultrasound in obstetrics & gynecology: the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 41(3), 278–285. <https://doi.org/10.1002/uog.12313>

Lauria, L., Bonciani, M., Spinelli, A., & Grandolfo, M. E. (2013). Inequalities in maternal care in Italy: the role of socioeconomic and migrant status. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 49(2), 209–218. https://doi.org/10.4415/ANN_13_02_12

Lee, T. Y., Landy, C. K., Wahoush, O., Khanlou, N., Liu, Y. C., & Li, C. C. (2014). A descriptive phenomenology study of newcomers' experience of maternity care services: Chinese women's perspectives. *BMC health services research*, 14, 114. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-114>

Leininger M. (2002). Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society*, 13(3), 189–201. <https://doi.org/10.1177/10459602013003005>

Lu, M. C., Lin, Y. G., Prietto, N. M., & Garite, T. J. (2000). Elimination of public funding of prenatal care for undocumented immigrants in California: a cost/benefit analysis. *American journal of obstetrics and gynecology*, 182(1 Pt 1), 233–239. [https://doi.org/10.1016/s0002-9378\(00\)70518-7](https://doi.org/10.1016/s0002-9378(00)70518-7)

Lyberg, A., Viken, B., Haruna, M., & Severinsson, E. (2012). Diversity and challenges in the management of maternity care for migrant women. *Journal of nursing management*, 20(2), 287–295. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01364.x>

Mantula, F., Chamisa, J. A., Nunu, W. N., & Nyanhongo, P. S. (2023). Women's Perspectives on Cultural Sensitivity of Midwives During Intrapartum Care at a Maternity Ward in a National Referral Hospital in Zimbabwe. *SAGE open nursing*, 9, 23779608231160476. <https://doi.org/10.1177/23779608231160476>

Manuck T. A. (2017). Racial and ethnic differences in preterm birth: A complex, multifactorial problem. *Seminars in perinatology*, 41(8), 511–518. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2017.08.010>

Mele A. et al, 2011 “Linee Guida Gravidanza Fisiologica – aggiornamento 2011”

Menichini, D., Sciutti, G., Miano, M. V., Ricchi, A., Infante, R., Molinazzi, M. T., Bertucci, E., Facchinetti, F., & Neri, I. (2021). The appropriate counseling on prenatal screening test for foreign women in Emilia-Romagna. *Acta bio-medica : Atenei Parmensis*, 92(S2), e2021509. <https://doi.org/10.23750/abm.v92iS2.12607>

Mogos, M. F., Salinas-Miranda, A. A., Salemi, J. L., Medina, I. M., & Salihu, H. M. (2017). Pregnancy-Related Hypertensive Disorders and Immigrant Status: A Systematic Review and Meta-analysis of Epidemiological Studies. *Journal of immigrant and minority health*, 19(6), 1488–1497. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0410-6>

Ngotie, T. K., Kaura, D. K. M., & Mash, R. (2022). Exploring experiences with sensitivity to cultural practices among birth attendants in Kenya: A phenomenological study. *African journal of primary health care & family medicine*, 14(1), e1–e14. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v14i1.3322>

Paquier, L., Barlow, P., Paesmans, M., & Rozenberg, S. (2020). Do recent immigrants have similar obstetrical care and perinatal complications as long-term residents? A retrospective exploratory cohort study in Brussels. *BMJ open*, 10(3), e029683. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029683>

Peláez, S., Hendricks, K. N., Merry, L. A., & Gagnon, A. J. (2017). Challenges newly-arrived migrant women in Montreal face when needing maternity care: Health care

professionals' perspectives. *Globalization and health*, 13(1), 5.

<https://doi.org/10.1186/s12992-016-0229-x>

Pertini S. et al., 1978 “Legge 23 dicembre 1978, n.833 – Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”

Phillimore, J. (2015). Delivering maternity services in an era of superdiversity: the challenges of novelty and newness. *Ethnic and Racial Studies*, 38(4), 568-582.

<https://doi.org/10.1080/01419870.2015.980288>

Reitmanova, S., & Gustafson, D. L. (2007). "They can't understand it": maternity health and care needs of immigrant Muslim women in St. John's, Newfoundland. *Maternal and child health journal*, 12(1), 101–111. <https://doi.org/10.1007/s10995-007-0213-4>

Rice, P. L. (1999). What women say about their childbirth experiences: The case of Hmong women in Australia. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17(3), 237–253.

<https://doi.org/10.1080/02646839908404592>

Salihu, H. M., Kinniburgh, B. A., Aliyu, M. H., Kirby, R. S., & Alexander, G. R. (2004). Racial disparity in stillbirth among singleton, twin, and triplet gestations in the United States. *Obstetrics and gynecology*, 104(4), 734–740.

<https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000139944.15133.e3>

Seeleman, C., Suurmond, J., & Stronks, K. (2009). Cultural competence: a conceptual framework for teaching and learning. *Medical education*, 43(3), 229–237.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03269.x>

Selbana, D. W., Derese, M., Sewmehone Endalew, E., & Gashaw, B. T. (2020). A Culturally Sensitive and Supportive Maternity Care Service Increases the Uptake of Maternity Waiting Homes in Ethiopia. *International journal of women's health*, 12, 813–821.

<https://doi.org/10.2147/IJWH.S268245>

Shorey, S., Ng, E. D., & Downe, S. (2021). Cultural competence and experiences of maternity health care providers on care for migrant women: A qualitative meta-synthesis. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 48(4), 458–469.

<https://doi.org/10.1111/birt.12581>

Srivastava, A., Avan, B.I., Rajbangshi, P. et al. Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries. *BMC Pregnancy Childbirth* 15, 97 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0525-0>

Straus, L., McEwen, A., & Hussein, F. M. (2009). Somali women's experience of childbirth in the UK: Perspectives from Somali health workers. *Midwifery*, 25(2), 181–186.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.02.002>

Suphanchaimat, R., Kantamaturapoj, K., Putthasri, W., & Prakongsai, P. (2015). Challenges in the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through providers' lens. *BMC health services research*, 15, 390. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1065-z>

Tocchioni, V., Seghieri, C., De Santis, G., & Nuti, S. (2018). Socio-demographic determinants of women's satisfaction with prenatal and delivery care services in Italy. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 30(8), 594–601. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy078>

Villalonga-Olives, E., Kawachi, I., & von Steinbüchel, N. (2017). Pregnancy and Birth Outcomes Among Immigrant Women in the US and Europe: A Systematic Review. *Journal*

of immigrant and minority health, 19(6), 1469–1487. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0483-2>

Visonà Dalla Pozza L. et al., 2023 “Registro Nascite Regione Veneto – Nascere oggi in Veneto – Analisi dell’evento nascita a partire dai dati sui certificati di assistenza al parto”

Yelland, J. S., Sutherland, G. A., & Brown, S. J. (2012). Women's experience of discrimination in Australian perinatal care: the double disadvantage of social adversity and unequal care. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 39(3), 211–220. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2012.00550.x>

Zhu, C. (2023). Barriers and Challenges of Immigrant Women’s Access to and Experience of Optimal Maternity Care. *The Columbia University Journal of Global Health*, 13(1). <https://doi.org/10.52214/cujgh.v13i1.10690>

SITOGRAFIA

International Confederation of Midwives (2019). Essential Competencies for Midwifery Practice: 2019 Update. Retrieved November 26, 2022, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

World Health Organization (2019, September 19). Maternal Mortality. Retrieved November 30, 2022, from World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

ALLEGATI

Allegato 1

Questionario somministrato alle donne straniere

24. Pensi che un mediatore culturale possa facilitare la comunicazione?
- Sì
 - No
25. Riguardo ai servizi offerti dal Sistema Sanitario Nazionale alle donne in gravidanza:
- Sono stata informata dagli operatori sanitari
 - Sono stata informata da parenti/ amici
 - Ho letto informazioni su internet
 - Non li conosco
 - Altro: _____
26. Hai partecipato al corso pre parto del consultorio?
- Sì
 - No
27. Se hai risposto "Sì", lo hai trovato utile?
- Sì
 - No
28. Se non lo hai trovato utile, spiega perché:
- _____
29. Ti sarebbe piaciuto partecipare a incontri con altre donne incinta che parlano la tua stessa lingua?
- Sì
 - No
30. Quali sono i tuoi bisogni in gravidanza? Indicare due.
- Essere informata su come funziona il Sistema Sanitario Nazionale e cosa offre durante la gravidanza (visite, corsi pre parto, ecc...)
 - Capire le procedure e le informazioni fornite, prima di firmare un consenso informato
 - Essere informata su tutti gli aspetti della gravidanza dai medici/ dalle ostetriche/ dagli ostetrici, così da fare scelte consapevoli
 - Essere supportata nelle paure, i timori e dubbi riguardo la gravidanza e il futuro come madre
 - Costruire un rapporto di fiducia con l'ostetrica/o e di condivisione di valori e culture
 - Coinvolgere il/la mio/a partner durante l'assistenza ostetrica
 - Poter scegliere chi seguirà la mia gravidanza
 - Altro: _____



La ringrazio per aver accettato di partecipare a questo studio; la seguente ricerca è svolta nell'ambito di un progetto di tesi di laurea del Corso di Ostetricia dell'Università degli Studi di Padova.

Il fine è quello di indagare l'opinione delle donne straniere riguardo i servizi in gravidanza offerti dal Sistema Sanitario Nazionale e l'approccio assistenziale che le ostetriche hanno nei confronti di tali donne.

Il questionario è rivolto alle donne straniere a termine di gravidanza che hanno piacere di partecipare a questa ricerca. Il questionario si articola di 30 domande.

La compilazione richiederà circa 10 minuti.

Tutti i dati verranno rilevati in forma anonima e non saranno in alcun modo riconducibili a Lei.

Le informazioni raccolte saranno considerate strettamente riservate e utilizzate per fini di ricerca. La custodia e la protezione dei dati raccolti tramite la ricerca sarà garantita sia dall'anonimato del questionario raccolto in forma cartacea, sia durante la successiva fase di elaborazione dei dati. La privacy e l'anonimato saranno completamente protetti, nel rispetto delle norme in materia di protezione dei dati personali, ai sensi del Regolamento (UE) GDPR 2016/679.

1. Età: _____
2. Titolo di studio:
- Laurea
 - Diploma universitario o laurea breve
 - Diploma di scuola media superiore
 - Licenza di scuola media inferiore
 - Licenza elementare o nessun titolo
3. Occupazione:
- Occupata
 - Disoccupata
 - In cerca di prima occupazione
 - Studentessa
 - Casalinga
 - Altro: _____
4. Con chi vivi?
- Con il/la partner
 - Con il/la partner e figli
 - Da sola con i figli
 - Da sola
 - Con altri: _____
5. Nazione di origine: _____
6. Da quanto tempo sei in Italia? _____
7. Questa è la tua prima gravidanza?
- Sì
 - No
8. Se hai avuto altre gravidanze, sono state seguite:
- In Italia
 - Nel tuo paese di origine
9. La tua attuale gravidanza è:
- Singola
 - Gemellare
10. Ci sono stati problemi tuoi o del bambino durante questa gravidanza? (per esempio: diabete gestazionale, pressione alta, ecc)
- _____
11. Da chi è stata seguita la gravidanza?
- Medico ginecologo privato
 - Ostetrica/o privata/o
 - Medico ginecologo in consultorio
 - Ostetrica/o in consultorio
 - Ambulatorio gravidanze a rischio
 - Altro: _____
12. Quante visite hai fatto in gravidanza? _____
13. A quante settimane hai fatto la prima visita? _____

14. Hai avuto problemi ad accedere alle visite?
- Sì
 - No
15. Se hai risposto "Sì", quali?
- Non capivo quello che mi dicevano
 - Non avevo mezzi di trasporto per andare alla visita
 - Il/la mio/a partner lavorava e non poteva portarmi
 - Dovevo stare con i figli
 - Dovevo lavorare
 - Altro: _____
16. Il fatto di non poter scegliere chi doveva seguire la tua gravidanza ha influenzato il tuo percorso?
- Sì
 - No
17. Se hai risposto "Sì", perché?
- _____
18. Ti sei sentita rispettata nell'assistenza sanitaria alla tua gravidanza?
- Sì
 - No. Perché? _____
19. Hai assunto acido folico durante la gravidanza?
- Sì
 - No
 - Non so cos'è
20. Se hai risposto "Sì", quando hai cominciato a prenderlo?
- Prima della gravidanza
 - A _____ settimane
21. Sei riuscita a capire quello che ti dicevano i medici/ le ostetriche/ gli ostetrici riguardo la gravidanza?
- Sì
 - No
22. Ti hanno dato tutte le informazioni necessarie per capire cosa stava succedendo durante la gravidanza?
- Sì
 - No
23. Se ci sono stati problemi di comunicazione, come sono stati affrontati dagli operatori sanitari?
- Hanno provato a parlarti in inglese, e se non capivi, usavano gesti e parole in italiano
 - Hanno usato gesti e parole semplici in italiano
 - Il tuo familiare ha fatto da traduttore
 - Hanno comunicato direttamente al familiare
 - Hanno richiesto il mediatore linguistico
 - Hanno utilizzato "Help voice" (servizio telefonico di traduzione/mediazione)
 - Si sono serviti di traduttori online (esempio: Google Translator)
 - Hanno chiesto ad un collega di aiutarli
 - Altro: _____

Allegato 2

Questionario somministrato alle ostetriche



L'assistenza in gravidanza alla donna straniera da parte dell'ostetrica

La ringrazio per aver accettato di partecipare a questo studio; la seguente ricerca è svolta nell'ambito di un progetto di tesi di laurea del Corso di Ostetricia dell'Università degli Studi di Padova.

Il fine è quello di indagare l'opinione delle donne straniere riguardo i servizi in gravidanza offerti dal Sistema Sanitario Nazionale e l'approccio assistenziale che le ostetriche hanno nei confronti di tali donne.

Il questionario è rivolto alle ostetriche dell'U.O. di Ostetricia degli ospedali "Ca' Foncello" di Treviso, di Conegliano e di Montebelluna e alle ostetriche dei Consultori Familiari di: Villorba, Quinto di Treviso, Treviso, Preganziol, Mogliano Veneto e Roncade. Il questionario si articola di 17 domande, divise in 2 sezioni. La compilazione richiederà circa 5 minuti.

Tutti i dati verranno rilevati in forma anonima e non saranno in alcun modo riconducibili a Lei.

Le informazioni raccolte saranno considerate strettamente riservate e utilizzate per fini di ricerca. La custodia e la protezione dei dati raccolti tramite la ricerca sarà garantita sia dall'anonimato del questionario raccolto tramite Moduli di Google, sia durante la successiva fase di elaborazione dei dati. La privacy e l'anonimato saranno completamente protetti, nel rispetto delle norme in materia di protezione dei dati personali, ai sensi del Regolamento (UE) GDPR 2016/679. I vostri indirizzi email non saranno memorizzati.



16. Pensi che le donne straniere ritengano utili i corsi pre parto offerti dal Sistema Sanitario Nazionale?

- Sì
- No

17. Se hai risposto “no” in precedenza, perché?

18. Pensi che sia importante introdurre all'interno del nostro corso di laurea triennale una materia che tratti "Assistenza alla donna in gravidanza in ottica interculturale"?

- Sì
- No
- Non lo so

19. Ti ritieni in grado di comprendere le esigenze culturali legate all'assistenza delle donne straniere che prendi in carico?

- No, per niente
-
-
-
- Sì, molto



- Utilizzo "Help Voice"
 - Mi servo di traduttori online (esempio: "Google Translator")
 - Chiedo ad un/a mio/a collega, che conosce meglio le lingue, di aiutarmi
 - Altro: _____
13. Ritieni che avere a disposizione un mediatore culturale possa facilitare la comunicazione con la donna?
- Sì
 - No
14. Se una donna straniera deve firmare il consenso informato ad una procedura, io:
- Le lascio il foglio del consenso alla procedura in una lingua a lei comprensibile e glielo faccio leggere, senza spiegarle altro
 - Le spiego la procedura solo se lei capisce l'italiano
 - Le spiego la procedura anche se non parla italiano, provando a parlare inglese
 - Le spiego la procedura anche se non parla italiano, usando i traduttori online
 - Le spiego la procedura anche se non parla italiano, interpellando l'interprete
 - Le spiego la procedura anche se non parla italiano, chiedendo al familiare di fare da interprete
 - Spiego direttamente la procedura al familiare, senza pretendere che la riporti alla donna
 - Altro: _____
15. Secondo la tua esperienza, riguardo i servizi offerti in gravidanza dal Sistema Sanitario Nazionale, le donne straniere:
- Vengono informate dagli operatori sanitari
 - Vengono informate da parenti/ amici/ conoscenti
 - Hanno letto informazioni su internet
 - Non li conoscono
 - Altro: _____



9. Riguardo alla domanda precedente, quali sono, secondo te, i bisogni essenziali per una donna straniera nei confronti dell'assistenza ostetrica? Indicane due.

- Essere informata sui servizi a cui può accedere in gravidanza previsti dal nostro Sistema Sanitario Nazionale
- Ricevere un'esaustiva spiegazione delle procedure da parte degli operatori sanitari, che devono accertarsi che lei abbia compreso le informazioni, prima di chiederle la firma del consenso informato
- Essere informata correttamente e con informazioni evidence based, così da poter fare scelte consapevoli
- Essere supportata nelle sue paure, timori e dubbi riguardo la gravidanza e il suo futuro come madre
- Costruire un rapporto di fiducia con l'ostetrica/o e di condivisione di valori e culture
- Coinvolgere il/la partner durante l'assistenza ostetrica
- Altro: _____

10. Per te, è più difficile comunicare con la donna straniera rispetto a quella italiana?

- Sì, è più difficile.
- Non trovo differenza.

11. Se hai risposto "sì, è più difficile", quali pensi che siano le difficoltà?

- La barriera linguistica
- Le differenze culturali
- Entrambe
- Altro: _____

12. Quali strategie adotti per comunicare con le donne straniere? Sono possibili più risposte.

- Provo a parlare con loro in inglese, se non mi capiscono, ricorro a gesti e parole semplici in italiano
- Comunico con gesti e parole semplici in italiano
- Mi servo del familiare per fare da traduttore
- Comunico direttamente con il familiare
- Richiedo il mediatore linguistico



Sezione II: dati riguardo l'assistenza

7. Quali sono, secondo te, gli elementi più importanti nell'assistenza alla donna in gravidanza? Indicane due.
- Informare la donna sui servizi a cui può accedere in gravidanza previsti dal nostro Sistema Sanitario Nazionale
 - Spiegare in maniera esaustiva le procedure e accertarsi che la donna abbia capito le informazioni, prima di chiedere la firma del consenso informato
 - Informare la donna correttamente e con informazioni evidence based, così da permetterle di fare scelte consapevoli
 - Supportare la donna nelle sue paure, timori e dubbi riguardo la gravidanza e il suo futuro come madre
 - Costruire un rapporto di fiducia con la donna presa in carico, rispettando credenze, valori e comprendere le situazioni di fragilità senza assumere una posizione giudicante
 - Coinvolgere il/la partner durante l'assistenza
 - Altro: _____
8. Quali sono, secondo te, i comportamenti più comuni nell'assistenza alla donna straniera in gravidanza? Indicane due.
- Informare la donna sui servizi a cui può accedere in gravidanza previsti dal nostro Sistema Sanitario Nazionale
 - Spiegare in maniera esaustiva le procedure e accertarsi che la donna abbia capito le informazioni, prima di chiedere la firma del consenso informato
 - Informare la donna correttamente e con informazioni evidence based, così da permetterle di fare scelte consapevoli
 - Supportare la donna nelle sue paure, timori e dubbi riguardo la gravidanza e il suo futuro come madre
 - Costruire un rapporto di fiducia con la donna presa in carico, rispettando credenze, valori e comprendere le situazioni di fragilità senza assumere una posizione giudicante
 - Coinvolgere il/la partner durante l'assistenza
 - Altro: _____



- Tedesco
- Nessuna
- Altro: _____



Sezione I: dati riguardo l'operatore

1. Et : ____
2. Posto di lavoro:
 - o Ostetrica distrettuale
 - o Ostetrica ospedaliera
3. Anni di esperienza lavorativa complessivi: ____
4. Precedenti aree di lavoro:
 - o Ospedale
 - o Consultorio
 - o Ambulatori territoriali
 - o Cliniche private
 - o Libera professione
 - o Nessuna
 - o Altro: _____
5. Conoscenza dell'inglese:
 - o Livello base (A1-A2)
 - o Livello intermedio (B1-B2)
 - o Livello avanzato (C1-C2)
 - o Nessuna conoscenza
 - o Altro: _____
6. Conoscenza di altre lingue oltre all'inglese:
 - o Francese
 - o Spagnolo

