

SERVIZI SANITARI E DISCRIMINAZIONE RAZZIALE. STRUMENTI E PRATICHE DI PREVENZIONE E CONTRASTO DELLA DISCRIMINAZIONE RAZZIALE NELL'ACCESSO ALL'ASSISTENZA MEDICA¹

Aldo Morrone, Alessandra Sannella

Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale, Istituto San Gallicano (IRCCS), Roma

Indirizzo per corrispondenza: Prof. Aldo Morrone

Istituto San Gallicano (IRCCS)

Via San Gallicano, 25/a

00153 Roma Italia

tel: +39 06 58543739/3780; fax: +39 06 58543782; e-mail: morrone@ifo.it

A me basta di aver provato che questo non è lo stato originale dell'uomo, e che è solo lo spirito della società, con l'ineguaglianza che essa genera, che cambia e altera in tal modo tutte le nostre inclinazioni naturali (...) perché è chiaramente contro la legge di natura, in qualsiasi modo la si definisca, che un fanciullo comandi ad un vecchio, un imbecille guidi un saggio e che un pugno di uomini nuoti nel superfluo, mentre la moltitudine affamata manca del necessario.

(J.J. Rousseau, Sull'origine dell'ineguaglianza, ed. Riuniti, Roma, 1983, p.163, *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes*, 1755)

INTRODUZIONE

L'obiettivo della nostra ricerca è stato duplice: da una parte desideravamo indagare il vissuto degli operatori sanitari rispetto a quello degli stranieri per conoscere le difficoltà che maggiormente incontrano nell'interazione con essi; dall'altra parte desideravamo esplorare e individuare i bisogni, le aspettative, gli orientamenti di valore, le categorie di pensiero degli stranieri e quale significato essi attribuiscono all'esperienza di ricovero. Questo tipo di analisi aveva come scopo primario quello di indagare l'eventuale discriminazione nei confronti degli stranieri nell'accesso alle strutture sanitarie.

La discriminazione su base etnica e/o razziale nel campo sanitario in genere colpisce sia donne che uomini e spesso è frutto di forti fattori pregiudiziali che non sono facilmente identificabili.

Per far ciò abbiamo ritenuto necessario utilizzare la metodologia di ricerca *csd*. della Ricerca-Azione, che fa tesoro della riflessione maturata nel campo dello sviluppo dei paesi poveri. Tale approccio metodologico prevede che il ricercatore metta in atto un duplice scambio conoscitivo e un confronto critico e autocritico con gli stessi soggetti cui indaga, che lo conduce a mettere in discussione i contenuti e gli strumenti teorico-concettuali dell'indagine stessa.

Per condurre l'analisi ci siamo avvalsi della lettura dei dati statistici a livello nazionale fornitici dall'ISS riguardanti i parti cesarei in donne immigrate; abbiamo altresì ritenuto utile prendere in considerazione i dati dei parti cesarei nell'anno solare 2006 in tre ospedali 'campione' nelle città oggetto di analisi.

In fase di ricerca di sfondo l'indagine si è avvalsa anche di effettuare di 10 interviste a testimoni privilegiati, individuati tra gli operatori sanitari, per meglio indagare il fenomeno.

Non ultimo, sono stati anche somministrati 1000 questionari a infermieri sul territorio romano (con un tasso di mortalità dello strumento di circa il 40%).

Tuttavia, i problemi relativi alla discriminazione sono stati messi in evidenza attraverso la conduzione dei focus group a utenti stranieri dove si è posta l'attenzione sui modelli di comunicazione, intervento e assistenza ai servizi.

Sono stati svolti 8 focus group rivolti a utenti/pazienti stranieri (4 nella città di Roma, 2 Firenze, 2 Torino) provenienti prevalentemente dalle aree del Maghreb, Cina, Filippine, Centro Africa, Romania, Albania, Sud Asiatico ed Est europeo, Rom di cui si dà conto di seguito. Ogni focus ha previsto l'ausilio di mediatori interculturali per il miglior svolgimento della ricerca².

In questo contesto si darà conto, prevalentemente, dei dati relativi al 'progetto nascita' in donne immigrate.

Indagine sui dati statistici sui parti cesarei in donne immigrate

A subire la maggiore discriminazione sono maggiormente le donne, una discriminazione indiretta poco conosciuta ma fortemente evidenziata dai colloqui con le donne straniere che hanno partorito in Italia e dai dati presentati di seguito.

Come noto, la situazione dei parti medicalizzati in Italia, raggiunge il 30% delle partorienti contro ogni raccomandazione dell'OMS di non superare il 12%.

¹ Il progetto "Servizi sanitari e discriminazione razziale. Strumenti e pratiche di prevenzione e contrasto della discriminazione razziale nell'accesso all'assistenza medica" è stato avviato il 18 novembre 2006 attraverso le attività previste in ambito progettuale per una identificazione e monitoraggio delle discriminazioni nell'ambito del sistema sanitario. Il presente rapporto intermedio sintetizza le attività realizzate nei primi otto mesi di attività fornendo i dati raccolti sulla base degli obiettivi previsti.

² Il lavoro che segue è stato realizzato per la città di Roma dalla Dr.ssa Eloise Longo e dalle mediatrici interculturali Danuta Gaszowska e Dr.ssa Saliha Belloumi. Per le città di Firenze e Arezzo dalla Dr.ssa Micaela Basagni con l'apporto della mediatrice interculturale Dr.ssa Edith Okafor. Per la città di Torino dal Dr. Paolo Fontanarosa e dal mediatore interculturale Rabie Barakat. Tutte le elaborazioni dei dati statistici sono a cura dell'Ing. Giuliano Spina. Il coordinamento è stato curato dal Prof. Aldo Morrone e dal Dr. Ottavio Latini.

SALUTE DONNA

Nel caso delle donne straniere, i dati forniti dall'ISS ci dicono che i parti cesarei raggiungono il 29% di cui il 21, 4% sono TC d'urgenza (Tagli Cesarei)³. Le motivazioni sono da individuare prevalentemente in due grandi macroaree:

- **Mancato iter terapeutico-assistenziale** (es. le donne straniere fanno in media 3 ecografie in tutta la gravidanza e questo non consente di seguire un buon iter terapeutico);
- **Difficoltà linguistiche all'interno del setting terapeutico**

Già dai dati del 1991/1996 (tab.1) si evince un andamento dei cesarei molto più marcato tra le donne italiane. Una possibile spiegazione di questi dati è dovuta al fatto che il parto tra le donne italiane è per 'malcostume' estremamente 'medicalizzato'. Tale andamento, tuttavia, non è infatti così presente se si fa riferimento ai dati 2000-2005 (tab.2) dove i dati del decremento sono da imputarsi al fatto che le donne italiane ricorrono, attualmente, molto di più alle strutture private abbandonando il servizio pubblico in maniera più consistente. L'aumento del tasso di tagli cesarei in donne italiane, infatti, si osserva in tutte le tipologie di maternità (pubbliche, universitarie, private accreditate e non accreditate) ma in misura maggiore in quelle **private non accreditate** (da 32,1% nel 1985 a 75,1% nel 2005). Si osserva inoltre un'ampia variazione fra i tassi anche fra strutture con la stessa tipologia a dimostrazione di una variabilità nelle pratiche assistenziali indipendente da fattori clinici⁴.

Di diversa lettura sono i dati che si riferiscono ai parti cesarei d'urgenza in donne straniere dove i fattori che determinano il ricorso al TC non sono da riferirsi solo a questioni economiche, ma vere e proprie 'forbici culturali' interpretative di cui si tratterà in seguito. I dati riportati nelle tab. seguenti riguardano i Rapporti CeDAP del Ministero della Salute. Tali dati non contengono dati disaggregati per le straniere.

Tab. 1 *Dato nazionale. Fonte Ministero della Salute – Rapporto CeDAP

Anno	Italiane	Straniere
1990	21.2%	19.7%
1996	28.1%	24.2%

Tab. 2 *Dato regionale. Fonte Regione Lazio:www.asp.lazio.it

Anno	Italiane	Straniere
2000	35.6%	28.4%
2005	43.0%	41.8%

Tab. 3

	Anno 2000	
	Italiane	Straniere
Cesareo elettivo	16.2%	8.3%
Cesareo d'urgenza	19.4%	21.14%

Si rende noto che tutti i dati riportati fanno parte di statistiche ufficiali dell'ISS e dell'ASP del 2005.

Indagine sui dati centri informatici regionali.

Rilevazione sui dati dei parti cesarei 2006. Il caso del Policlinico Umberto I di Roma, Firenze Careggi e Arezzo, Torino.

I dati che seguono sono relativi alle città di Roma, Firenze-Arezzo, To-

rino, sono dati rilevati dai nostri ricercatori grazie all'ausilio degli operatori sanitari delle singole strutture e fanno riferimento, invece, all'anno 2006. Sono stati utilizzati al fine di fare un confronto, quanto più possibile oggettivo, sul reale problema dei TC d'urgenza nel SSN.

1.1.1 Roma⁵

I nati da donne straniere nel Lazio al 31 dicembre 2005 sono circa il 19% di tutte le nascite dello stesso anno. Si innalza l'età delle partorienti rispetto agli anni precedenti. Le donne che alla nascita dei loro figli hanno più di 34 anni ora rappresentano circa il 27% del totale, mentre negli anni Ottanta erano solo il 10%⁶. Come in buona parte dell'assistenza sanitaria agli stranieri, sono migliorati anche i servizi all'assistenza in gravidanza, al parto e nel periodo neonatale facendo registrare altresì una marcata diminuzione della morbosità e mortalità materna e infantile. Come vedremo dai dati successivi, risulta essere estremamente significativo il ricorso al taglio cesareo e permangono ancora una serie di disuguaglianze, associate a condizioni socioeconomiche più disagiate. Prima di passare nel dettaglio ai dati relativi ai parti cesarei è necessario un confronto anche con i nati nella Regione Lazio nel quinquennio 2000-2005.

Dai dati Caritas a cui facciamo riferimento, al 2005 in Italia sono presenti 1.132.845 donne di cui 167.164 nella regione Lazio⁷.

Come noto, nel corso degli anni si è osservata una progressiva "familiarizzazione" dei flussi migratori, anche grazie alle nuove normative, con il ricongiungimento di coniugi e l'aumento dei matrimoni e delle nascite da cittadini stranieri. Dal 2000 i flussi informativi si sono adeguati al nuovo assetto sociale ed è stata inserita nella rilevazione la variabile cittadinanza che, insieme al luogo di nascita, permette di identificare gli stranieri. Nella tabella che segue è evidente il cospicuo aumento del contributo delle nascite da donne nate all'estero: da 1.973 (4,3% del totale dei nati vivi nel Lazio) nel 1990 a 10.124 (19,3%) nel 2005⁸.

Fonte Tabella 21: ASP, Monografie LazioSanità, Le nascite nel Lazio 2004-2005.

Tabella 21 - Nati vivi da madri nate all'estero. Lazio, 1990-2005.
Live births to mothers born abroad.

Anno	Totale nati vivi	Nati vivi da madri nate all'estero	
		NL	%
1990	45.644	1.973	4,3
1991	45.659	2.038	4,5
1992	47.686	2.433	5,1
1993	42.846	2.400	5,6
1994	42.517	2.513	5,9
1995	43.826	4.010	9,1
1996	44.780	4.429	9,9
1997	46.747	5.163	11,0
1998	47.434	5.711	12,0
1999	47.135	5.775	12,3
2000	48.379	6.942	14,3
2001	49.113	7.545	15,4
2002	49.260	8.202	16,7
2003	51.743	9.103	17,6
2004	52.806	9.753	18,5
2005	52.332	10.124	19,3

5 La ricerca nella città di Roma è stata seguita dalla Dr.ssa Alessandra Sannella.

6 <http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/nascita.htm>

7 Dossier Statistico Immigrazione 2006, ed. Idos, p.135.

8 ASP, Monografie LazioSanità, Le nascite nel Lazio 2004-2005, pp.48-49.

3 Si veda tab. 3 p.6.

4 Dati ASP Agenzia Sanità Pubblica

SALUTE DONNA

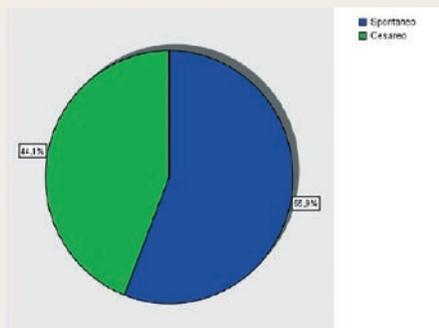
Policlinico Umberto I di Roma

I parti totali nel Policlinico Umberto I di Roma, dal 1 gennaio al 31 dicembre 2006 sono stati 1746.⁹ Si consideri che il Policlinico di Roma è un ospedale csd. di I livello e pertanto ha un'utenza concentrata sulle gravidanze a rischio. Osservando il tipo di parto, vaginale e cesareo, le percentuali sono molto simili a quelle delle italiane: nel 2001 i cesarei delle straniere erano stati del 32% e quelli delle italiane del 34,3%; nel 2002 si riscontra un aumento su tutte e due le popolazioni e maggiormente per le straniere, rispettivamente 34,9 e 36,2%. L'aumento dei tagli cesarei non dovrebbe far pensare ad un rialzo delle patologie, quanto piuttosto ad un incremento di questa propensione da parte degli operatori e delle strutture in generale, che riguarda peraltro tutto il territorio nazionale (35,9% nel 2001 contro il 26,1% del 1995). Un altro motivo di una percentuale di cesarei così alta, anche tra le straniere, è legato al fatto che il Policlinico Umberto I è per Roma, e per il Lazio, la clinica universitaria maggiormente attrezzata per la patologia, quindi è pur vero che vi è una maggior concentrazione di casi problematici o ritenuti tali¹⁰. Ciò che fa differire i parti cesarei elettivi e quelli d'urgenza è appunto la programmazione degli stessi. Nelle donne straniere sono maggiormente presenti i parti d'urgenza a differenza di quanto accade nelle donne italiane.

Come si evidenzia dal Graf. 1 i parti d'urgenza rappresentano una quota MOLTO consistente del totale dei parti. Il 44,1% del totale dei parti in donne straniere è da considerarsi un parto d'urgenza. Alla voce 'parto spontaneo' corrisponde anche la quota dei parti elettivi dei nati con forcipe e/o altri tipi di strumentazioni.

Durante la rilevazione dei dati sono state intervistate anche 20 donne straniere presenti nell'ambulatorio del Policlinico. 18 di queste donne avevano partorito con parto cesareo d'urgenza per cause sconosciute.

Grafico n. 1



Come si evidenzia dal Graf. 2 il TC (Taglio cesareo) d'urgenza è maggiormente presente in donne che hanno un'età più alta.

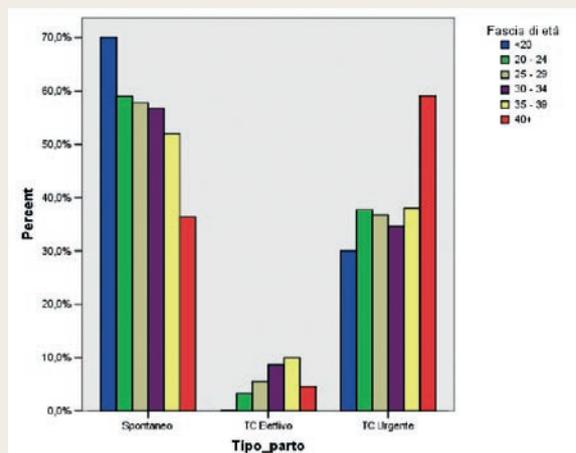
Ciò che risulta essere molto interessante sono i dati relativi presenti nella tab. 4 dove i TC d'urgenza sono stati suddivisi a seconda del paese di nascita delle partorienti. È stato evidenziato il valore dove si raggiunge addirittura il 100% di parti d'urgenza in alcune nazionalità, mantenendo molto alti i valori dei TC d'urgenza anche nelle altre nazionalità.

Si ravvisano i valori più alti nel caso delle donne bangladeshi, filippine, peruviane.

9 Per la rilevazione dei dati relativi alla struttura del Policlinico Umberto I di Roma si ringrazia la fattiva, e preziosa collaborazione, della Dr.ssa Fernanda Di Foggia e del Dr. Franco Giuffrè, nonché delle studentesse del III anno di corso di Laurea in Ostetricia della Sapienza di Roma.

10 Lombardi Lia, *Donne immigrate e salute riproduttiva tra modelli culturali e condizioni sociali*, Working Paper, Dipartimento Studi Sociali e politici, 15 dicembre 2004, p.8.

Grafico n. 2



Tab. 4 Distribuzione tipologia di parto per nazionalità

Paese	Subtable N %			
Albania	Spont_ces	Spontaneo	50%	
		Cesareo	50%	
	Tipo_cesareo	TC Elettivo		14,3%
		TC Urgente		85,7%
Bangladesh	Spont_ces	Spontaneo	62%	
		Cesareo	38%	
	Tipo_cesareo	TC Elettivo		0,0%
		TC Urgente		100,0%
Cina popolare	Spont_ces	Spontaneo	57%	
		Cesareo	43%	
	Tipo_cesareo	TC Elettivo		33,3%
		TC Urgente		66,7%
Filippine	Spont_ces	Spontaneo	67%	
		Cesareo	33%	
	Tipo_cesareo	TC Elettivo		0,0%
		TC Urgente		100,0%
Moldavia	Spont_ces	Spontaneo	20%	
		Cesareo	80%	
	Tipo_cesareo	TC Elettivo		12,5%
		TC Urgente		87,5%
Perù	Spont_ces	Spontaneo	40%	
		Cesareo	60%	
	Tipo_cesareo	TC Elettivo		0,0%
		TC Urgente		100,0%
Polonia	Spont_ces	Spontaneo	50%	
		Cesareo	50%	
	Tipo_cesareo	TC Elettivo		12,5%
		TC Urgente		87,5%
Romania	Spont_ces	Spontaneo	63%	
		Cesareo	37%	
	Tipo_cesareo	TC Elettivo		17,4%
		TC Urgente		82,6%

1.1.2. Firenze¹¹ e Arezzo

Per quel che concerne l'analisi dei dati del 2005 in Toscana, appare in ripresca la natalità, grazie soprattutto all'incremento della quota di nati da coppie con almeno un genitore straniero, che nel 2004 sono il 17% del totale.

Uno degli interventi rilevati dall'Osservatorio della Regione Toscana, è quello di ridurre una serie di disparità, sia in termini di ac-

11 La ricerca nella città di Firenze è stata condotta dalla Dr.ssa Micaela Basagni.



cessibilità alle tecniche di diagnosi prenatale che di esiti neonatali, soprattutto al fine di ridurre le disuguaglianze socioeconomiche. Oltre il 20% delle donne straniere provenienti da Paesi a forte pressione migratoria dichiara di aver effettuato un numero di ecografie inferiore alle tre previste dal protocollo regionale, a fronte del 2% che si osserva tra le italiane. Per contro, le donne con titolo di studio più elevato tendono a sottoporsi a un numero eccessivo di controlli.

Dai dati in nostro possesso risulta che nel 2004 i nati da coppie formate da almeno un genitore di cittadinanza straniera sono stati 5.041, il 17% del totale dei nati in Toscana; la maggior parte di questi bambini (65%) ha entrambi i genitori stranieri, il 35% ha un genitore italiano e l'altro straniero. Nel 78% delle coppie miste il genitore straniero è la madre e il 93% proviene dai cosiddetti paesi a forte pressione migratoria (PFPM)¹², il 7% da quelli a sviluppo avanzato (PSA). Anche nella Regione Toscana appare rilevante la quota di straniere PFPM che dichiarano di aver effettuato meno di quattro visite (22%) rispetto al 4% delle italiane e al 5% delle straniere PSA¹³. La percentuale di donne straniere che effettua la prima visita oltre la dodicesima settimana (contrariamente a quanto raccomandato dall'OMS) risulta essere il 24% contro il 4,4% delle italiane. Il numero medio di ecografie è pari a 5,1 per le italiane, a 4,6 per le straniere PSA e a 3,4 per le straniere PFPM. L'amniocentesi viene effettuata solo dal 6% delle straniere PFPM.

La percentuale di parti con taglio cesareo, raggiunge una percentuale pari al 22,4% nelle straniere provenienti dai paesi a forte pressione migratoria. Forte è la presenza di nati prematuri in donne straniere, probabilmente questo dato è da imputare alle condizioni alimentari e di condizioni igienico-abitative in cui vivono le donne a forte pressione migratoria.

I dati dei parti cesarei presso l'ospedale Careggi di Firenze¹⁴.

Il grafico 3 mostra la classificazione per aree geografiche delle 199 partorienti presso l'Ospedale Careggi. Data l'esiguità dei dati forniti dal DAI di Careggi, non è possibile fare una adeguata rilevazione e analisi statistica, né di confronto né di riflessione, sulla situazione sanitaria in suddetto ospedale, ma ci è solo possibile una 'sintesi' dei dati grezzi. Abbiamo dovuto pertanto richiedere dati significativi a un altro ospedale toscano, individuato nella città di Arezzo, di cui segue l'analisi.

Come spesso avviene, purtroppo, la mancata collaborazione all'apporto di dati utili al miglioramento della situazione sanitaria, danneggia oltremodo gli operatori di settore.

I dati dei parti cesarei dell'Ospedale San Donato di Arezzo¹⁵

Presso l'Ospedale San Donato, al 31 dicembre 2006 hanno partorito 94 donne straniere con parto cesareo.

Anche per la città di Arezzo si è tenuto conto dell'aggregazione per area geografica dove si riscontra, nel confronto con la città di Firenze, un

12 Con PFPM si intendono Paesi dell'America Centrale, dell'America del Sud, dell'Africa, dell'Europa Orientale e dell'Asia, ad eccezione di Giappone ed Israele.

13 Cfr. Osservatorio di Epidemiologia, *Nascere in Toscana*, 2002-2004.

14 I dati dell'ospedale Careggi, con prot. n. 12148 del 26.03.2007, sono stati rilevati grazie alla collaborazione del Dr. Paolo Tagliarferro. Si ringrazia altresì il "D.A.I. Materno infantile dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi".

15 I dati dell'Ospedale San Donato di Arezzo sono stati forniti dalla Dott.ssa Elisabetta Verdelli (primo contatto e responsabile dell'U.O. Sistema Informativo USL 8 di Arezzo); dalla Dott.ssa Elena Organai e dal Dott. Ernesto Bindelli che si ringraziano per la collaborazione.

costan **Grafico n. 3**

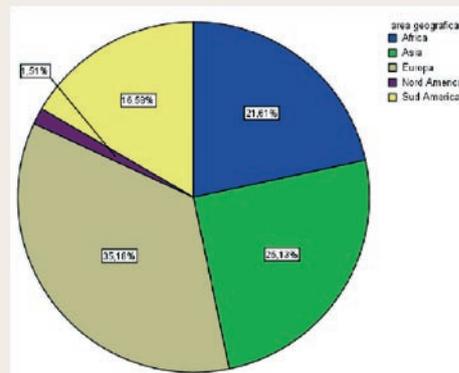
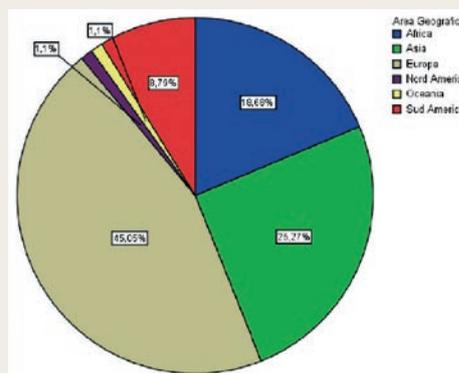


Grafico n. 4



te andamento della presenza delle straniere provenienti dall'Asia, in prevalenza Cinesi e Bangladeshi, seguite da donne africane e sud americane. L'analisi dei TC d'urgenza sembra ricalcare quanto già evidenziato rispetto alla difficoltà di comunicazione tra le donne partorienti e gli operatori, tanto da creare quella forte barriera comunicativa che non consente lo svolgimento del parto prevenendo il cesareo.

1.1.3. Torino¹⁶

Per quanto concerne l'analisi dei parti cesarei nella città di Torino, è stato utilizzato come 'caso di studio' l'ospedale ASO OIRM Sant'Anna¹⁷.

È stato scelto di usare il Sant'Anna come fonte per acquisire i dati sui parti cesarei perché si tratta del più grande Ospedale Ostetrico Ginecologico del Piemonte e racchiude, al suo interno, il Dipartimento di Discipline Ginecologiche e Ostetriche e il Dipartimento di Scienze Pediatriche e dell'Adolescenza, dell'Università di Torino. È specializzato nei problemi legati alle fasi riproduttive della donna, alla gravidanza e al parto, e su quelli relativi alle patologie della sfera genitale femminile e della mammella. Nel campo dell'ostetricia si sono sviluppate le pratiche diagnostiche e terapeutiche per la tutela della gravidanza a rischio e ad alto rischio, quali l'ecografia ostetrica, la diagnosi prenatale, i servizi per la cura della sterilità, le tecniche di riproduzione assistita e le cure per le patologie endocrinologiche, diventando centro di riferimento regionale.

Le **Neonatalogie** offrono un'assistenza globale ai neonati sani e a quelli che necessitano di cure sub-intensive ed intensive. Alle **8500**

16 La ricerca nella città di Torino e le analisi di riferimento sono state svolte dal Dr. Paolo Fontanarosa.

17 La ricerca ha visto la collaborazione del Dr. Claudio Plazzotta e del Dr. Luciano Filippa che si ringraziano in questa sede per l'aiuto fornito ai ricercatori nella rilevazione dei parti cesarei dell'ASO OIRM Sant'Anna di Torino.

SALUTE DONNA

donne che partoriscono in questo ospedale si garantisce un'assistenza altamente specialistica e qualificata, considerando nello stesso tempo, il **percorso nascita** come un evento fisiologico e rispettando i fattori sociali, emotivi e psicologici della coppia. Viene promosso l'allattamento al seno attraverso il rooming-in esteso nelle 24 ore. Il 35,8% dei parti effettuati in questa struttura nel 2006 è avvenuto tramite taglio cesareo, un dato leggermente al di sotto della media nazionale (cfr. Tab. 5). È interessante notare come la percentuale scenda al 31,4% se si prendono in considerazione solamente i 1.649 parti delle pazienti straniere (in controtendenza rispetto alle ipotesi formulate a inizio ricerca).

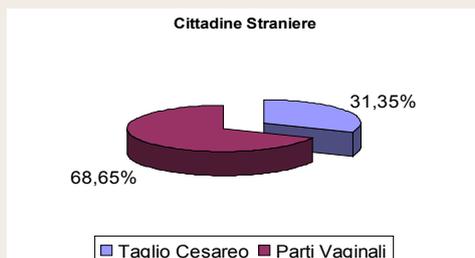
Il Dottor Plazzotta, che ha supportato l'attività di indagine, ha analizzato questo dato spiegando come questo sia dovuto al fatto che le pazienti straniere siano in media più giovani delle italiane e quindi con una minor tendenza a sottoporsi al parto cesareo.

Si tenga conto che il Sant'Anna, è un ospedale di III livello.

Grafico n. 5



Grafico n. 6

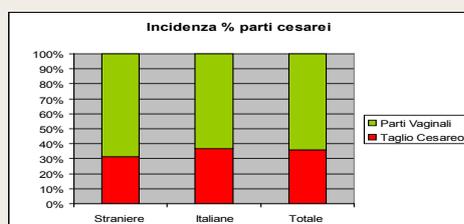


Tab. 5 Ripartizione tipologia di parto per cittadinanza

Cittadinanza	Taglio Cesareo	Parti Vaginali	Totale Parti	% Tagli cesarei
Italiana	2.573	4.407	6.980	36,9%
Straniere	517	1.132	1.649	31,4%
Totale ASO	3.090	5.539	8.629	35,8%

Grafico n. 7

Incidenza % parti cesarei



1.2. CRITICITÀ. 'Le forbici culturali interpretative'¹⁸.

I passaggi fondamentali che riguardano la vita delle donne e il corpo femminile (comparsa del ciclo mestruale, scelte contraccettive, gravidanza, parto, riproduzione assistita, arrivo della menopausa e fine della possibilità di procreare) sono fenomeni determinati socialmente oltre che biologicamente. Il mancato riconoscimento dell'influenza esercitata dal contesto sociale, culturale e psicologico-affettivo sulla formazione/percezione di questi eventi corporei ha favorito l'eccessiva medicalizzazione degli stessi e ha fatto sì che le definizioni bio-mediche si imponessero sopravanzando la voce delle protagoniste¹⁹.

Gli elementi critici sono senz'altro da identificare in un'analisi che, anche attraverso il confronto con culture diverse dalla nostra, metta in luce il carattere sociale di questi eventi e sia in grado di smontare le costruzioni culturali che li avvolgono nella **penombra dell'anonimato etnico**. Questo ha come fine, non quello di mettere in discussione l'intervento medico-sanitario, che si vorrebbe basato su dati oggettivi (i dati dei parti cesarei d'urgenza sono più rilevanti nelle donne straniere, come detto, per assenza comunicativa, ma anche per non sufficiente iter terapeutico) ma quello di poter identificare degli elementi di supporto operativo alle professioni sanitarie.

Il fine di quanto detto è quello di una prospettiva che ponga al centro della scena la **globalizzazione della salute** e, in particolar modo, **identifichi gli indicatori di riduzione delle malattie della povertà**, scatenati da un mancato, o non opportuno, iter terapeutico-diagnostico, ma anche da un SSN che oggi ha bisogno di essere aggiornato alla luce di nuovi movimenti sociali che ogni giorno incrinano la possibile assistenza e cura alla persona.

Riassumendo, possiamo altresì desumere che le peculiarità che caratterizzano le donne straniere partorienti in Italia, sono l'età più bassa al parto, minore livello di scolarizzazione e di occupazione, minor numero di esami in gravidanza. Il parto cesareo che, proporzionalmente al totale dei parti, tende a crescere negli anni soprattutto nelle donne straniere. Le motivazioni a cui possiamo attribuire l'alto numero di parti cesarei d'urgenza possiamo, prevalentemente, raggrupparli in tre grandi fenomeni:

1. Interculturale
2. Comunicazione nello spazio della salute
3. Mutamento nelle abitudini alimentari

1) Interculturale

Una chiara relazione fra alcuni indicatori di svantaggio sociale o di scarse risorse culturali (basso titolo di studio materno) conducono a una difficoltà/disagio molto significativa²⁰ e amplificata rispetto a possibilità di cura in condizioni socio-culturali più elevate. Il fenomeno del diverso approccio alla maternità è un dato culturale specifico che si evidenzia anche sulle modalità stesse del parto. Le donne africane sono abituate a partorire 'quasi in piedi', la 'posizione ginecologica' occidentale che facilita gli operatori, rappresenta un vero ostacolo nel momento del parto per queste donne.

¹⁸ Secondo la definizione di Alessandra Sannella, con forbici culturali interpretative si intendono tutte quelle situazioni in cui il paziente straniero rimane nella penombra dell'anonimato etnico a causa di mancati strumenti di semeiotica medica internazionale o di mancate chiavi interpretative della cultura di appartenenza a base anche linguistica.

¹⁹ Cfr. Lombardi Lia, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, ed. Franco Angeli, Milano, 2001.

²⁰ <http://www.epicentro.iss.it>

SALUTE DONNA

“perché devo partorire così? Perché devo tenere queste cinghie attaccate a questo apparecchio (monitoraggio CTG)? Perché mi dovete rompere le membrane per farmi partorire e attaccare la flebo?”²¹”

Indubbiamente il tipo di assistenza e cura che si è solito offrire alle donne italiane in fase di gravidanza non è ‘socializzato’ a tutte le culture di appartenenza delle donne straniere presenti in Italia, soprattutto, non in coloro che vengono, ad esempio, da paesi in via di sviluppo. Il diverso approccio al parto comporta anche delle difficoltà oggettive negli operatori sanitari i quali portano avanti, attraverso le loro *best practice* degli interventi sanitari non sempre tenendo conto delle non conoscenze dei pazienti.

L'assenza di lenti ‘ingrandimento esperenziali’, e/o di mancato aggiornamento degli operatori conduce a un più probabile accostamento al TC d'urgenza, onde evitare, problemi che portino all'errore clinico. La società dell'immagine, in questo senso, ha permeato a tal punto gli interventi sanitari che con difficoltà gli operatori sanitari si affidano esclusivamente al ‘sapere medico’. Prima di incorrere in possibili errori diagnostici, ci si affida più facilmente alla diagnostica per immagini. Non si è incinta se non si possiede l'ecografia che ne dia la ‘garanzia’. Questo discorso, che ha una più larga eco in una prospettiva sanitaria generale, assume i contorni di una vera e propria prassi laddove tra i turni stressanti, le difficoltà lavorative e tutto ciò che fa divenire complessa la struttura sanitaria, ci sia da prendere in considerazione la persona straniera.

2) Comunicazione nello spazio della salute

Il paziente straniero spesso non comprende i percorsi terapeutici, manifesta il dolore in modo diverso e dà un significato diverso ai sintomi, sospende la terapia farmacologica una volta tornato a casa (per mancanza di tempo o per una cattiva comprensione della prescrizione), non accetta la malattia. Ricordiamo che nei processi migratori c'è l'effetto ‘migrante sano’. A partire sono le persone che stanno bene. Pertanto, un qualsiasi evento che rallenti il percorso di vita del migrante, viene più facilmente rimosso nell'aura trattamento immediato e che cura, anche se non guarisce.

Spesso si crea un gap culturale fra pazienti immigrati e operatori che porta a incomprensioni, oltre che a un'esasperazione dei comportamenti da parte degli operatori (insofferenza, fastidio verso l'odore che i cittadini immigrati emanano o l'atteggiamento con cui si rivolgono); in molti casi non tenere conto di questi fattori porta a errate diagnosi²². Il fenomeno si amplifica notevolmente se il paziente è rom o sinti.

3) Mutamento abitudini alimentari

Gli stranieri in Italia conducono spesso una doppia ‘identità alimentare’ dove il fattore tradizionale si mescola, a tavola, con quello del paese ospitante il *ché* lascia presupporre, in alcuni casi evidenziati in letteratura, delle alterazioni metaboliche (obesità) che possono creare problemi in gravidanza.

Come risulta da uno studio effettuato da Paola Scardella e Laura Piombo, l'assunzione alimentare dei principali gruppi di alimenti indicano un basso apporto di alimenti del gruppo ‘ortaggi e frutta’ e ‘carne, pesce, uova’ presumendo un apporto ridotto di vitamine, fibre e proteine che possono creare problemi durante le gravidanze. *Gli alimenti e le preparazioni alimentari del paese d'origine sopravvi-*

*vono nei pasti serali e festivi, mantenendo delle proprie identità culturali (...) appare convivere una coltivazione delle differenze con una moderata spinta all'integrazione anche nelle abitudini alimentari*²³. Spesso i bambini figli di stranieri nascono sottopeso.

CONCLUSIONI

In generale il rapporto con gli operatori - medici, infermieri, ostetriche - è positivo: gli stranieri intervistati rilevano un atteggiamento di gentilezza, cortesia, disponibilità, dimostrata anche nel tentativo di comunicare gestualmente laddove risulta difficile capirsi verbalmente. Il rapporto con gli utenti italiani è solitamente favorevole; gli stranieri non evidenziano, infatti, particolari difficoltà di convivenza con gli altri degen- ti e notano un atteggiamento di cordialità e disponibilità al dialogo, anche se spesso risulta limitato a causa dell'incomprensione linguistica. Individuare la discriminazione nell'abito del SSN è impresa ardua, soprattutto laddove i piani si confondono, ciò che può apparire come discriminazione può essere disservizio sanitario.

Nella relazione tra pazienti/utenti si rilevano le forme della discriminazione indiretta non sempre percepita dagli utenti come tale. Come nel caso di Nina, 23 anni, rumena, rivoltasi al Pronto Soccorso per dolori addominali. Dopo la visita ginecologica il medico la informa di essere incinta e le dice: ‘Adesso ti dico tutto l'iter che devi seguire per abortire’. Nina ride, e chiede al medico: ‘Sono rumena, giovane, ma il figlio lo desidero anche io, come ogni donna’. La storia di Nina è posta qui a titolo esplicativo di un fenomeno basato sul pregiudizio etnico e che non rappresenta propriamente un caso isolato.

Le aree critiche della discriminazione vengono evidenziate soprattutto nel caso di servizi ASSENTI dedicati all'immigrazione. Quale discriminazione maggiore ci può essere in un territorio dove l'invisibilità del paziente straniero vige nel quotidiano? Si veda a titolo esplicativo, il caso della città di Latina, dove, seppur accoglie 18.000 stranieri regolari, non c'è nessun servizio dedicato all'immigrazione, né sportelli di supporto o assistenza preparata all'accoglienza dei pazienti stranieri.

Rispetto al grado di informazione si riscontrano le maggiori carenze perché gli operatori non conoscono i loro canali di comunicazione (per lo più informali) o non riconoscono le differenziazioni al loro interno (etnia, religione, cultura e quindi bisogni).

Ad esempio, in molti casi, le donne si rivolgono direttamente all'ospedale (Pronto soccorso) per semplici richieste perché non conoscono o non sono abituate a utilizzare i consultori né i servizi di Guardia medica, né riescono a rivolgersi al Medico di medicina generale che spesso utilizza delle ritualità improprie rispetto ai pazienti stranieri.

La denuncia di mala sanità da parte degli immigrati/e in specifiche strutture potrebbe e dovrebbe rappresentare la cartina di tornasole delle politiche sanitarie.

Le più autorevoli indagini internazionali confermano che nel breve-medio periodo, in mancanza di un cambio di direzione nella gestione del sistema-salute, **le disuguaglianze e gli squilibri sanitari sono destinati ad approfondirsi**²⁴, e con essa i processi di discriminazione.

L'equazione che si auspica è nella forma più nota: prevenire = informare = formare = modificare gli atteggiamenti.

Rispetto all'obiettivo primo dell'indagine, la rivelazione di atti discri-

21 Intervista a Fatima proveniente dal Togo.

22 Ciò è avvalorato anche da un'indagine condotta fra il 2000 e il 2001 presso l'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia (Sturlese, 2001) nell'ambito del progetto “Costruzione di una carta dei valori e degli impegni”.

23 P.Scardella, L.Piombo, *L'alimentazione tra biologia e cultura, nel nuovo panorama sociale*, diffuso on line www.centralelatte.sa.it.

24 A tal proposito si evidenziano anche gli ampi studi internazionali su questi temi. In particolar modo, si rimanda all'anglosassone l'Acheson Report (1998).

SALUTE DONNA

minatori verso l'utenza straniera, sembrerebbero emergere occasionali esempi di discriminazione razziale, trattandosi invece molto più frequentemente di casi, di sanità inefficiente, oltre che inefficace.

Se l'inefficacia della relazione con il paziente straniero può essere considerata una discriminante, questa la si legge nella *solitudine* vissuta dal malato, spesso lasciato a se stesso e alla sua capacità di iniziativa personale, laddove raggiunge problemi di vera e propria integrazione nella struttura sanitaria.

Di fatto alcune difficoltà sembrano derivare dall'incapacità di alcuni di esprimere in modo comprensibile i propri sintomi o forse nella difficoltà di comprenderne la gravità in relazione alla patologia di cui sono affetti. Il mancato ricorso alla mediazione culturale impedisce, inoltre, una relazione terapeutica corretta ed efficace. Ciò che emerge è comunque una certa consapevolezza dello stato di malattia cui sanno di dover trovare rimedio. In estrema sintesi, la complessità del rapporto medico-paziente straniero risiede soprattutto nella realizzazione di scambi comunicativi, poiché anche se il sintomo è compreso dal medico, diversa può essere la percezione della gravità da parte di ciascuno, tale da fare pensare ad un possibile rinvio o addirittura alla non cura (es. la considerazione della malaria per un africano è equiparata a una febbre qualsiasi e non si ravvisano alcuni elementi di preoccupazione. In Italia, la malaria, viene vissuta come una tra le più temibili malattie anche dagli stessi operatori non abituati a trattare con la malattia).

...possibili soluzioni

- **Mediatore interculturale negli spazi ospedalieri** (p. straniero spesso non comprende i percorsi terapeutici, manifesta il dolore in modo diverso e dà un significato diverso ai sintomi, sospende la terapia farmacologica una volta tornato a casa - mancanza di tempo o cattiva comprensione della prescrizione e del trattamento terapeutico)
- **Formazione** adeguata alle nuove strutture sociali. Necessità di formare gli operatori sanitari anche sull'emergente 'Medicina delle sociali'. Necessità di formare gli operatori sanitari anche sull'emergente 'Medicina delle migrazioni'. (es: MGF e pratiche post-parto)
- **Spazi dedicati all'anamnesi (Comunicazione interculturale specifica)**
- **Spazi dedicati alla prevenzione e diffusione delle informazioni relative all'iter da seguire in caso di gravidanza**
- **Spazi dedicati alla religiosità**
- **Explicitazione dell'iter terapeutico**
- Comprensione dei percorsi di assistenza terapeutica e appropriatezza farmacologica

I punti prioritari che, secondo le partecipanti, l'assistenza sanitaria verso l'utenza straniera dovrebbe avere, sono i seguenti:

1. **trattamento diagnostico sanitario paritetico, prendersi cura** (verso chi non conosce bene la lingua italiana)
2. **maggiore dialogo con il paziente**
3. **mediazione interculturale nello spazio sanitario**
4. **disponibilità della terapia farmacologia d'urgenza** (farmaci gratuiti in casi di urgenza)
5. **riduzione della lista d'attesa**
6. **personale più qualificato** (formato)
7. **comunicazione tra i medici** (per evitare il "girovagare" dei pazienti tra un medico e l'altro)

Fonte: Alessandra Sannella



Il grafico è volto all'individuazione di un percorso terapeutico che possa realmente ridurre la discriminazione nei confronti del paziente straniero. Come evidente, la proposta è quello di seguire in iter terapeutico in cui il paziente è posto al centro del trattamento, includendo i suoi vissuti, la sua identità etnico-culturale con una potenziale espressione del ritorno a una medicina olistica.

Una possibile strategia di risposta deve innanzitutto fondarsi su un quadro normativo dove le regole siano certe e chiare per tutti e dove il rispetto e la dignità della persona umana siano tutelati da facili riduzionismi stereotipati e pregiudiziali. Ciò significa attuare quella che T. Seppilli chiama "calibrazione socio-culturale" dei servizi sanitari in base alle eterogeneità culturali delle popolazioni immigrate (Seppilli, 2004). Restano da esaminare i possibili interventi entro cui si potrebbe diminuire il divario. In primo luogo, andrebbero 'socializzati' i piani di prevenzione, innalzando i livelli di informazione, anche ai pazienti stranieri con programmi di screening obbligatori per le donne. In secondo luogo andrebbero facilitata l'**accessibilità ai servizi sanitari**. È, infatti, questo quello che emerge con forza dai focus group. Accoglienza, cura, comunicazione, informazione, ecc. sono soltanto alcuni dei molteplici aspetti chiamati in causa dagli intervistati e che dovrebbero caratterizzare in positivo il rapporto medico-paziente e operatori socio-sanitari in genere. In questa prospettiva, dunque, andrebbero considerate alcune questioni fondamentali.

Se, dunque cresce esponenzialmente la domanda di salute, ciò significa che i sistemi sanitari devono orientare i loro interventi secondo certe priorità che non sono solo quelle, seppur importanti basate sugli indici di mortalità e/o sull'efficienza/efficacia delle prestazioni, ma anche e soprattutto su priorità culturali che attengono alla persona e al contesto entro il quale la stessa esplica il suo percorso terapeutico.

In una società multiculturale quale quella attuale e all'interno dei contesti sanitari questo significa:

- individuare i significati che gli utenti attribuiscono all'esperienza del ricovero, gli orientamenti di valore e gli aspetti critici dello stesso;
- facilitare la comprensione e l'interazione tra pazienti e personale medico e sanitario in genere;
- migliorare la qualità del servizio offerto e delle cure evitando quei meccanismi di estraniamento/esclusione che, purtroppo, ancora oggi sono radicati.

Pertanto si ritiene necessario chiedere la massima cooperazione da parte degli operatori sanitari per evitare l'aumento delle cosiddette malattie della povertà che oggi fanno capolino nello scenario italiano. Il nostro intento deve essere quello di prevenire, grazie al sostegno di validi *decision makers*, di ridurre quanto più possibile lo sviluppo di tali fenomeni.