



PROGETTO ALFIERI
La ricerca sociologica come strumento di inclusione sociale

Report finale

Questo lavoro è stato svolto grazie a un contributo ricevuto dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Torino.

La realizzazione è stata curata da un gruppo di lavoro a cui hanno partecipato: Franca Beccaria, Antonella Ermacora, Francesca Olivero (Eclectica), Paola Vigna (ICS), Caterina Pitisano (Ospedale di Alessandria), Elena Canepari (Ospedale di Alessandria), Claudia Deagatone (Consultorio Tortona-Castelnuovo Scivia – ASL AL), Alia Alloh (ICS).

Elaborazione dati e stesura rapporto di ricerca: Francesca Olivero

Torino, 13 marzo 2009

Indice

<u>1. Nota introduttiva.....</u>	<u>4</u>
<u>1.1 Il Contesto.....</u>	<u>4</u>
<u>1.2 Gli obiettivi della ricerca.....</u>	<u>4</u>
<u>1.3 La metodologia.....</u>	<u>4</u>
<u>2. Il campione di riferimento: le caratteristiche socio-anagrafiche.....</u>	<u>6</u>
<u>3. Le aspettative sui servizi socio-sanitari rivolti alle donne.....</u>	<u>17</u>
<u>4. La fruibilità e la valutazione dei servizi di riferimento.....</u>	<u>22</u>
<u>4.1 L'Ospedale di Alessandria.....</u>	<u>22</u>
<u>4.2 Il Consultorio di Tortona - Castelnuovo.....</u>	<u>32</u>
.....	40
<u>5. L'assistenza sanitaria generale.....</u>	<u>41</u>
<u>6. La voce delle donne.....</u>	<u>43</u>
<u>In conclusione.....</u>	<u>45</u>

1. Nota introduttiva

1.1 Il Contesto

In Piemonte, così come in Italia l'immigrazione si presenta come un fenomeno in forte aumento sempre più strutturale e stabile. Il numero ufficiale di stranieri in Piemonte è infatti in costante crescita in questi ultimi anni: 107.000 nel 2000, 127.500 nel 2002, 174.000 nel 2003, 208.500 nel 2004 fino ai 231.600 del 2005 e ai 252.300 del 2006, anno in cui si registra quindi un raddoppio delle presenze rispetto al 2002. Fra gli extracomunitari, si rileva una lieve prevalenza maschile: le donne infatti rappresentano il 48,7% del totale.

Per quello che riguarda la salute degli immigrati alcune ricerche svolte a livello regionale (IRES, 2007¹) hanno evidenziato come un ruolo importante venga giocato dagli svantaggi sociali che spesso accompagnano l'esperienza migratoria e che hanno uno sfavorevole impatto sulla salute. A questo si affiancano le differenze culturali e genetiche la cui influenza risulta in parte attenuata dall'effetto migrante sano (stranieri più sani che in forza del capitale di salute, decidono di avviare un progetto migratorio). Il modo in cui la persona straniera affetta da un problema di salute accede e utilizza la risorsa sanitaria può ovviamente influenzare la salute di questa parte di popolazione.

Dall'analisi dei ricoveri dell'anno 2006, risulta una probabilità media di ricovero molto simile tra italiani e stranieri. In Piemonte oltre il 50% dei ricoveri a carico di cittadine straniere avvengono nell'ambito dell'area materno-infantile. Anche quando le donne straniere arrivano a un servizio sanitario rivolto a donne, le risposte possono non essere sempre chiare e adeguate alle richieste che possono essere influenzate da una diversa concezione dei percorsi di maternità e della salute più in generale.

1.2 Gli obiettivi della ricerca

La ricerca nasce con l'obiettivo di comprendere che tipo di aspettative hanno le utenti straniere, residenti sul territorio di Alessandria e provincia, nei confronti dei servizi sanitari rivolte in modo specifico a donne; quali sono le richieste che effettuano, di che tipo di assistenza usufruiscono e che valutazione danno del servizio.

Si tratta quindi di capire come le cittadine straniere interpretano i servizi sanitari rivolte alle donne e nello specifico il mandato di assistenza e cura e come queste interpretazioni, spesso collegate a dimensioni culturali specifiche e connesse all'esperienza migratoria incidano sui percorsi di cura e di assistenza.

Si è altresì tentato di rilevare alcune informazioni che riguardano l'accesso delle donne straniere alle risorse sanitarie più generali, il medico di base o il pediatra, così da avere informazioni utili per capire il livello di conoscenza e partecipazione al sistema sanitario di riferimento.

Parallelamente lo studio si propone di rilevare "l'altra faccia della medaglia" e cioè la percezione che le operatrici coinvolte nei percorsi di cura e di assistenza all'interno dei servizi sanitari rivolte alle donne hanno del fenomeno migratorio e della sua incidenza sui servizi di appartenenza, le difficoltà incontrate e le eventuali strategie poste in essere per fronteggiarle.

Lo studio si propone dunque di evidenziare eventuali criticità legate all'accesso e alla fruizione di questa tipologia di servizi sanitari da parte dell'utenza straniera che possono derivare dalla strutturazione stessa dei servizi ma anche dalla presenza di riferimenti socio-culturali specifici.

1.3 La metodologia

La tecnica che è stata utilizzata è il questionario strutturato con domande a risposta chiusa; il questionario risulta suddiviso in 5 parti:

- informazioni socio-anagrafiche;

¹ IRES Piemonte, L'immigrazione in Piemonte, rapporto 2007

- aspettative sui servizi sanitari rivolte alle donne;
- fruibilità del servizio;
- valutazione del servizio;
- assistenza sanitaria generale.

La somministrazione del questionario è stata assistita da un operatore che aveva precedentemente ricevuto una formazione ad hoc sull'utilizzo di questo specifico strumento. È stata effettuata la traduzione dei questionari in arabo, albanese e romeno, per permettere di superare le eventuali diffidenze iniziali e dare la possibilità alle donne intervistate di seguire nella loro lingua madre le domande poste dall'operatore incaricato. È stato richiesto il supporto di una mediatrice culturale laddove si è reso necessario.

La presente elaborazione si basa quindi sui questionari somministrati e raccolti tra i mesi di giugno e settembre del 2008 presso l'Ospedale di Alessandria e presso il Consultorio di Tortona-Castelnuovo. Il campione di riferimento è formato da 150 questionari, di cui 100 somministrati presso l'Ospedale di Alessandria e 50 presso il Consultorio di Tortona - Castelnuovo.

	N. questionari
Ospedale di Alessandria - reparto di ginecologia	100
Consultorio di Tortona - Castelnuovo.	50
Totale	150

Per dar ulteriormente voce alle utenti dei servizi è stato realizzato un *focus group* che ha visto il coinvolgimento di 10 donne straniere, 5 di origine romena, 3 marocchine, 1 cubana e 1 messicana così da permettere loro di esprimere senza condizionamenti la loro opinione sui servizi sanitari rivolti alle donne. Il *focus group* è la metodologia di indagine che meglio consente di far emergere i punti di vista, giudizi e opinioni degli intervistati. È un metodo conoscitivo che consente di analizzare come un problema si pone e si elabora sul piano collettivo. Si tratta di una tecnica di rilevazione basata sulla discussione tra un piccolo gruppo di persone, in presenza di un conduttore e di un osservatore, focalizzata su un argomento che si vuole indagare in profondità.

La traccia utilizzata per stimolare la discussione è volta a cogliere la rappresentazione dei servizi sanitari rivolti alle donne, le esperienze relative alla frequenza dei servizi, le eventuali difficoltà incontrate e le differenze riscontrate rispetto alle possibilità offerte nel proprio Paese di origine.

Per rilevare il punto di vista delle operatrici sono stati organizzati 2 *focus group*, uno presso l'Ospedale di Alessandria e uno presso il Consultorio di Tortona.

La traccia utilizzata è volta a rilevare la loro rappresentazione del fenomeno, le eventuali difficoltà incontrate nell'espletamento delle cure e alcuni possibili suggerimenti per migliorare la situazione attuale.

Ospedale di Alessandria	Consultorio di Tortona - Castelnuovo
11 partecipanti: 1 assistente sociale 1 assistente sociale borsista 1 capostetrica 1 impiegata amministrativa 1 infermiera professionale 1 mediatrice culturale 1 medico 1 neonatologa 2 ostetriche 1 psicologa	5 partecipanti: 1 ginecologa 1 infermiera 1 mediatrice culturale 2 ostetriche

2. Il campione di riferimento: le caratteristiche socio-anagrafiche

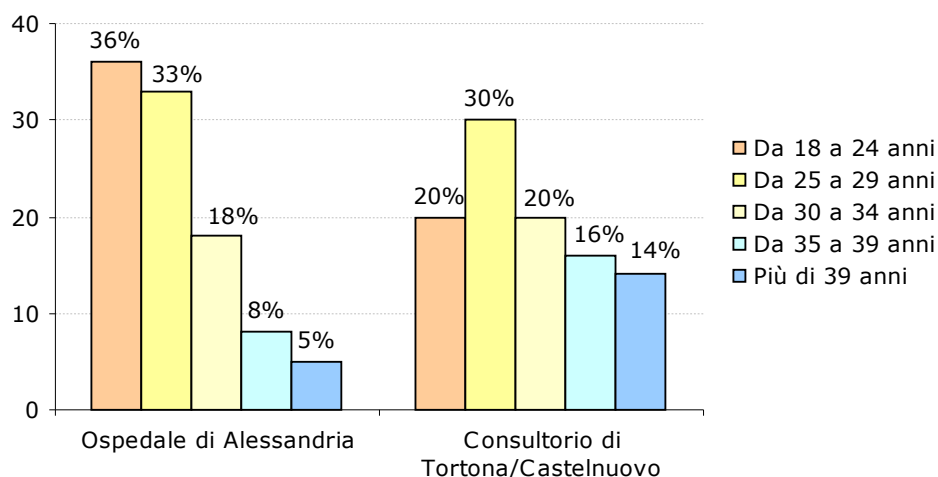
La prima parte del questionario era volta a rilevare le condizioni socio-anagrafiche del campione con particolare attenzione alla situazione familiare e alle condizioni di vita in Italia.

La domanda relativa alla condizione giuridica è stata lasciata a cura dell'intervistatore che, avendo a disposizione il dato, l'ha inserito in maniera autonoma senza quindi chiederlo direttamente alle intervistate così da evitare reazioni difensive e di diffidenza da parte delle donne intervistate.

La quasi totalità del campione intervistato possiede un permesso di soggiorno e si trova quindi in una situazione di regolarità; solo in un caso la donna intervistata è in possesso del codice STP² che viene rilasciato dai Centri I.S.I.³ alle persone straniere in condizioni di irregolarità. Sembra quindi che la condizione giuridica possa essere, nonostante la normativa vigente, una forte discriminante per l'accesso alla cura delle donne straniere.

Le donne immigrate intervistate sono mediamente giovani; metà del campione intervistato presso il Consultorio di Tortona e il 69% presso il reparto di ginecologia dell'Ospedale di Alessandria hanno meno di 30 anni. Ad Alessandria le donne sono però più giovani di quelle che accedono al Consultorio di Tortona, il 36% infatti ha meno di 24 anni, mentre a Tortona le donne della stessa fascia di età si attestano al 20%. Le donne con più di 34 anni sono il 30% a Tortona per scendere fino al 13% ad Alessandria.

Grafico 1 -Classi di età



Per quello che riguarda i Paesi d'origine delle donne intervistate osserviamo che la situazione appare molto diversificata all'interno dei due servizi: mentre a Tortona la situazione risulta estremamente omogenea, l'intero campione intervistato infatti proviene dall'area del Maghreb, ad Alessandria la situazione si presenta estremamente diversificata, le 100 donne intervistate sono infatti appartenenti a 21 differenti Paesi. Le prime tre provenienze rappresentate, Marocco con il 34%, Albania con il 19% e Romania con il 16%, coprono però il 69% dell'intero campione.

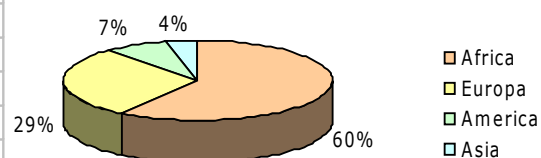
² Gli stranieri temporaneamente presenti (STP) non sono iscritti e non sono iscrivibili al sistema sanitario nazionale perché non in regola con le norme relative al soggiorno in Italia. Il codice STP è un codice alfanumerico che viene rilasciato dai centri I.S.I. con validità semestrale, rinnovabile.

³ I Centri di informazione sanitaria per gli stranieri sono stati istituiti nel 1996 dall'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte al fine di erogare "cure urgenti" (che non possono essere differite senza pericolo di vita o di danno per la salute della persona) e "cure essenziali" (prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e che nel tempo potrebbero determinare maggior danno per la salute o rischi per la vita) a stranieri temporaneamente presenti. Attualmente i centri in Piemonte sono 13.

Il dato sembra confermare le rilevazioni delle presenze di cittadini stranieri a livello regionale: i cittadini marocchini e albanesi coprono infatti da soli quasi il 49% dell'intera popolazione extracomunitaria in Piemonte, anche se il primato spetta alla comunità rumena (IRES 2007), non più conteggiate ovviamente nei dati relativi alla popolazione extracomunitaria.

Tabella 1 - Paesi di origine

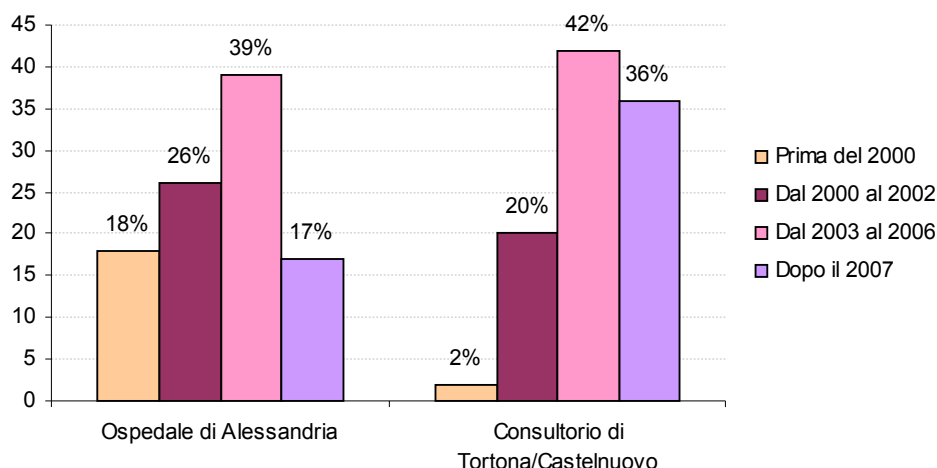
		Ospedale di Alessandria	Consultorio di Tortona e Castelnuovo
Africa	Marocco	34	29
	Tunisia	2	21
	Senegal	2	--
	Gabon	1	--
Totale		39	50
Europa	Albania	19	--
	Romania	16	--
	Ucraina	3	--
	Croazia	1	--
	Lituania	1	--
	Macedonia	1	--
	Moldavia	1	--
	Russia	1	--
	Slovacchia	1	--
Totale		44	--
America	Brasile	3	--
	Ecuador	2	--
	Perù	2	--
	Rep. Dominicana	2	--
	Colombia	1	--
	Stati Uniti	1	--
Totale		11	--
Asia	Cina	5	--
	India	1	--
Totale		6	--



Il periodo di arrivo in Italia sembra essere molto ampio e inoltre si differenzia in maniera significativa all'interno dei due servizi esaminati: a fronte infatti di una percentuale simile di donne che sono arrivate in Italia dal 2003 al 2006, il 39% ad Alessandria e il 42% a Tortona, le donne che sono arrivate in Italia prima del 2002 e che quindi risiedono in Italia da un numero sufficientemente elevato di anni sono il 44% ad Alessandria e appena il 22% a Tortona. Specularmente cambia anche la situazione delle donne migrate dopo il 2007 e quindi da meno di un anno che dal 17% presso l'ospedale di Alessandria salgono al 36% presso il Consultorio di Tortona.

Questo dato esattamente come quello precedente relativo al Paese d'origine può significativamente influenzare le aspettative e la valutazione che le stesse donne esprimono riguardo ai servizi a cui si sono rivolte.

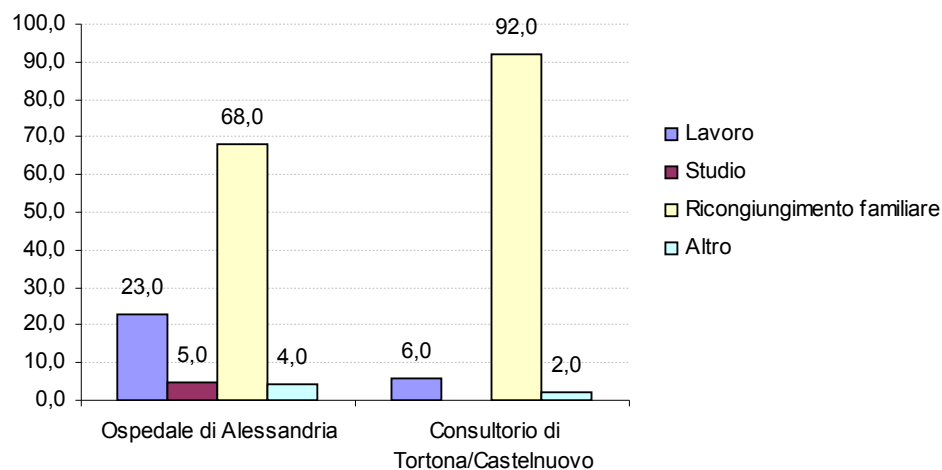
Grafico 2 - Data di emigrazione in Italia



Come prevedibile la maggior parte delle donne intervistate è arrivata in Italia per ricongiungimento familiare e quindi presumibilmente a seguito del marito. Presso il Consultorio di Tortona la percentuale raggiunge il 92% dato che risulta in linea con quelle che sono da sempre le caratteristiche della migrazione proveniente dal Nord-Africa: una migrazione prevalentemente maschile, a cui solo in un secondo momento si ricongiungono le donne e i figli laddove già presenti così da ricostituire i nuclei familiari.

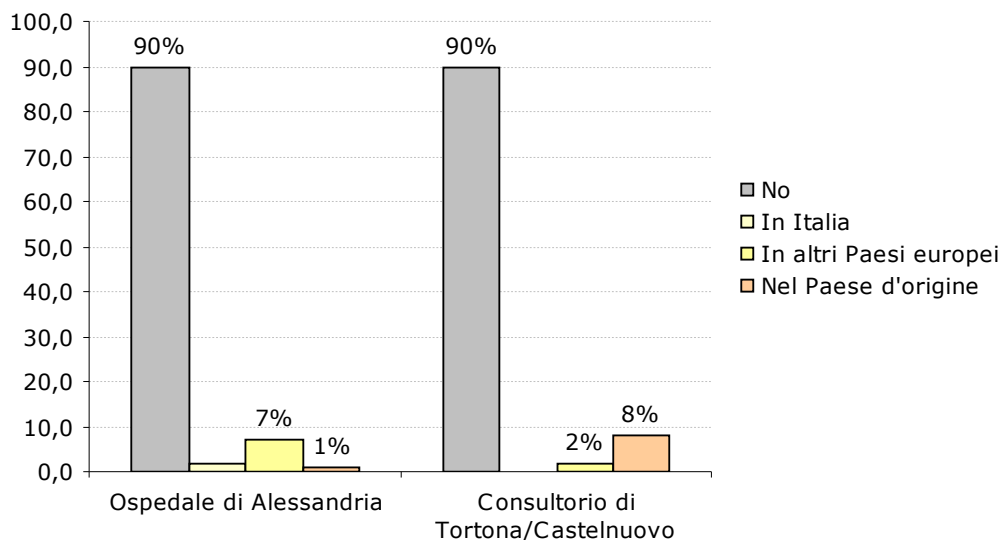
Diversa appare la situazione presso l'Ospedale di Alessandria in cui il 23% circa delle donne è arrivata in Italia alla ricerca di un lavoro. Va sottolineato quanto detto in precedenza circa la maggior eterogeneità etnica delle donne che costituiscono il campione di riferimento di questo servizio e vale la pena ricordare che la migrazione romena ha come sua caratteristica quella di essere fin dal suo esordio un'emigrazione mista in cui uomini e donne in maniera indistinta scelgono di partire alla ricerca di un lavoro e di un innalzamento delle condizioni di vita.

Grafico 3 - Motivo della migrazione



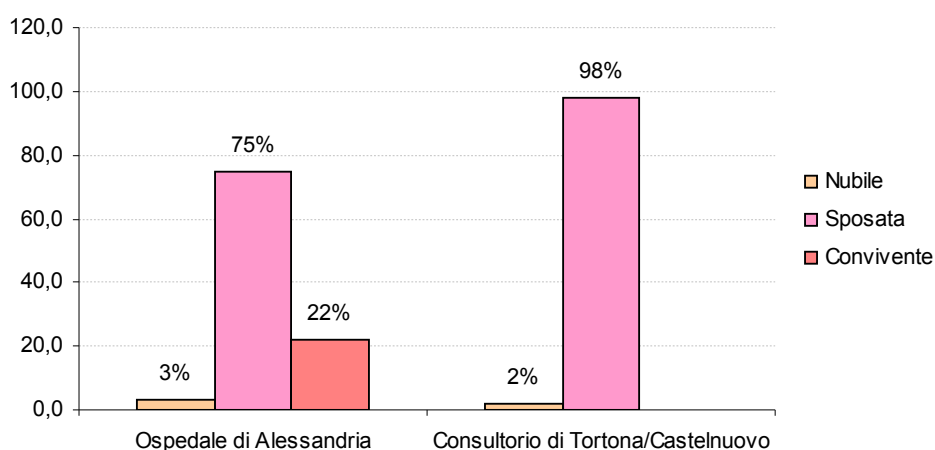
Quasi tutte le donne intervistate provengono direttamente dal paese di origine e sono alla loro prima esperienza migratoria; il 7% delle donne intervistate presso l’Ospedale di Alessandria aveva già avuto una precedente esperienza migratoria in un altro paese europeo, mentre l’8% delle donne intervistate presso il Consultorio di Tortona aveva intrapreso un percorso migratorio all’interno del paese d’origine da una zona rurale a un centro urbano.

Grafico 4 - Eventuali migrazioni precedenti



La maggior parte delle donne che si sono rivolte ai servizi risulta sposata, la quasi totalità, il 98% a Tortona e il 75% ad Alessandria dove il 22% delle donne intervistate convive con il proprio compagno.

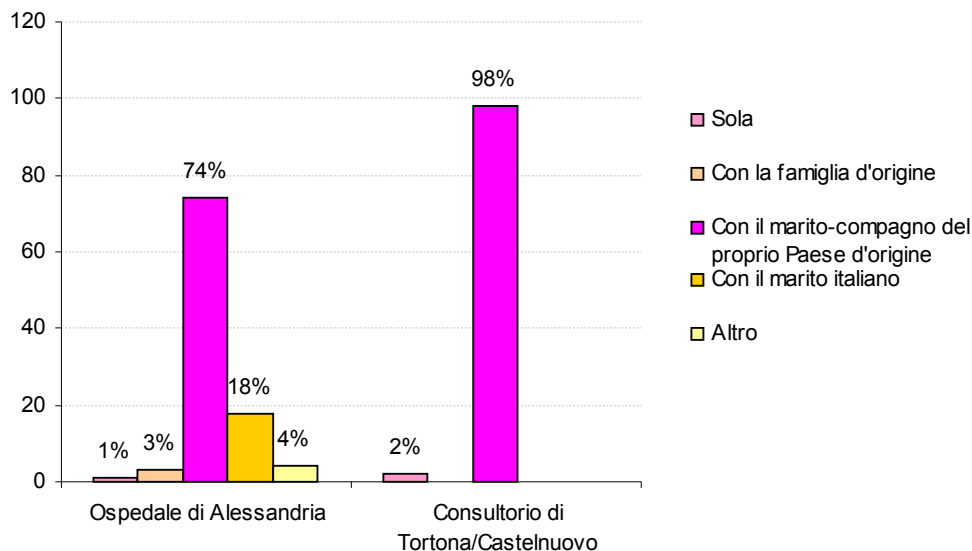
Grafico 5 - Stato civile



La situazione familiare appare molto omogenea sul territorio del consultorio di Tortona-Castelnuovo, dove il 98% delle donne intervistate dichiara di essere in Italia con il marito del proprio paese d’origine. Più variegata sembra invece la situazione sul territorio di Alessandria in cui a fronte di un 74% di donne coniugate con un uomo dello stesso Paese d’origine è presente un 18% di donne coniugate o conviventi con un compagno italiano; dato che se da lato va letto come segnale di integrazione sul territorio, le coppie miste infatti costituiscono elementi fondamentali di trasformazione interculturale del nostro paese, dall’altro non va dimenticato che certi matrimoni sono *di comodo* e in alcuni casi alimentano un vero e proprio

mercato, in quanto il matrimonio è finalizzato alla sola acquisizione della cittadinanza. A livello nazionale (Dossier Caritas, 2007⁴) tale fenomeno trova conferma nel fatto che il tasso di separazione delle coppie miste è doppio rispetto alla media.

Grafico 6 - Situazione familiare in Italia



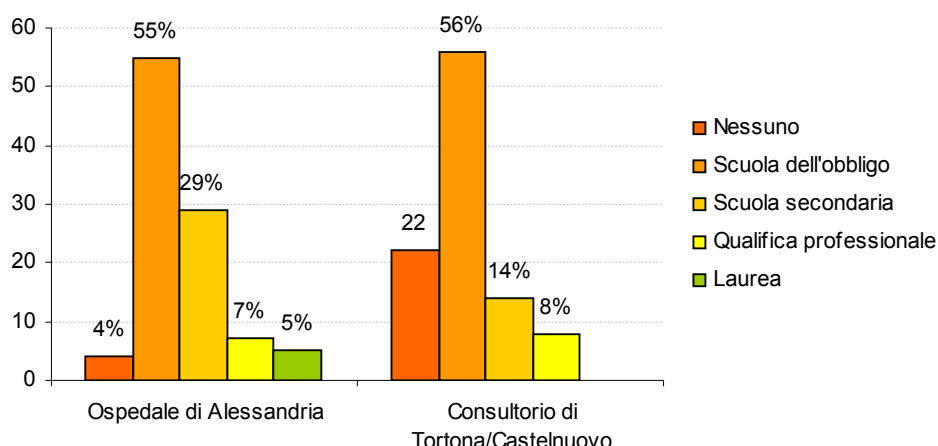
La distribuzione per titolo di studio, stando alle dichiarazioni rilasciate e quindi al di là del riconoscimento formale dei titoli di studio posseduti, evidenzia una situazione molto diversificata in entrambi i territori di riferimento: il 55% circa delle donne intervistate dichiara di aver terminato la scuola dell'obbligo. Appaiono più istruite le donne intervistate presso l'ospedale di Alessandria, solo il 4% dichiara di non aver alcun titolo di studio contro il 22% a Tortona mentre la quota di donne con un diploma che ad Alessandria si attesta al 29% a Tortona scende al 14%.

Tale differenza può essere imputabile al fatto che il campione intervistato a Tortona risulta composto da persone provenienti esclusivamente dal Nord Africa fattore che può incidere in maniera significativa sulla variabile presa in considerazione. A livello regionale infatti la suddivisione degli extracomunitari per area continentale di provenienza evidenzia livelli di istruzione molto più bassi per africani e asiatici, cioè per la componente più tradizionale dell'immigrazione in Piemonte, a fronte di risultati sensibilmente migliori per i cittadini dell'America centro-meridionale e dell'Europa dell'Est. Sempre a livello regionale si rileva in generale un divario abbastanza netto tra uomini e donne, a favore di quest'ultime, ma lo scarto si genera fra gli italiani e le persone dell'Europa orientale, perché negli altri sottoinsiemi la situazione è più equilibrata (IRES 2007).

Il 4% del campione intervistato vive con la famiglia del compagno italiano, con il marito ospite della propria famiglia di origine, con il compagno di diversa nazionalità o con il figlio.

⁴ Dossier Statistico Immigrazione, 2007 – Caritas Migrantes

Grafico 7 - Titolo di studio nel Paese d'origine



Il 23% delle donne intervistate presso l'ospedale di Alessandria ha seguito dei corsi di formazione in Italia contro il 6% a Tortona.

Come si evince dalla tabella in cui vengono specificati i corsi seguiti, una buona parte delle scelte si può far rientrare nel filone della formazione permanente, che riguarda per lo più corsi a catalogo ed è spesso connessa ad azioni di apprendimento e di approfondimento di natura linguistica o informatica nell'ambito dell'educazione degli adulti. Alcune donne hanno invece seguito interventi di specializzazione, a integrazione delle competenze formali in vista di un inserimento occupazionale, quali per esempio i corsi per addetto cuoco, per addetto a mansioni di ufficio e di operatore socio sanitario, etc.

In alcuni casi invece le scelte si inseriscono nel sistema dell'istruzione formale e sono quindi orientate al conseguimento del diploma e in alcuni casi della laurea.

Grafico 8 - Eventuali corsi seguiti in Italia

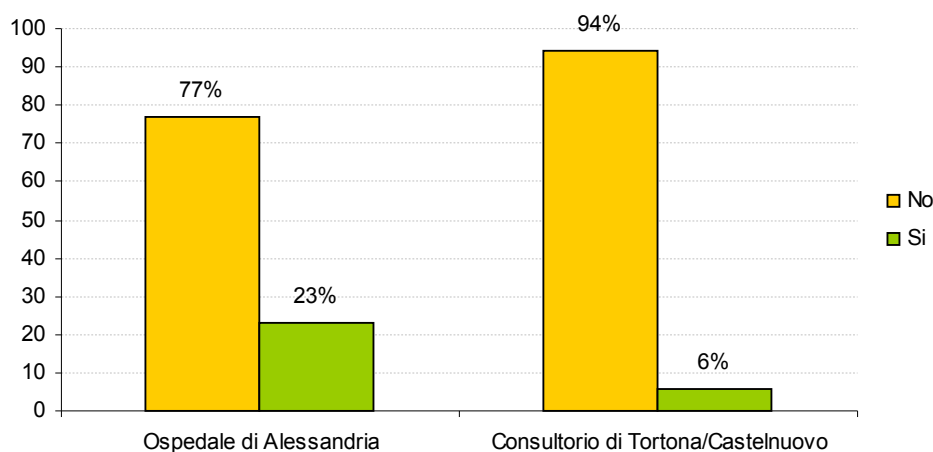


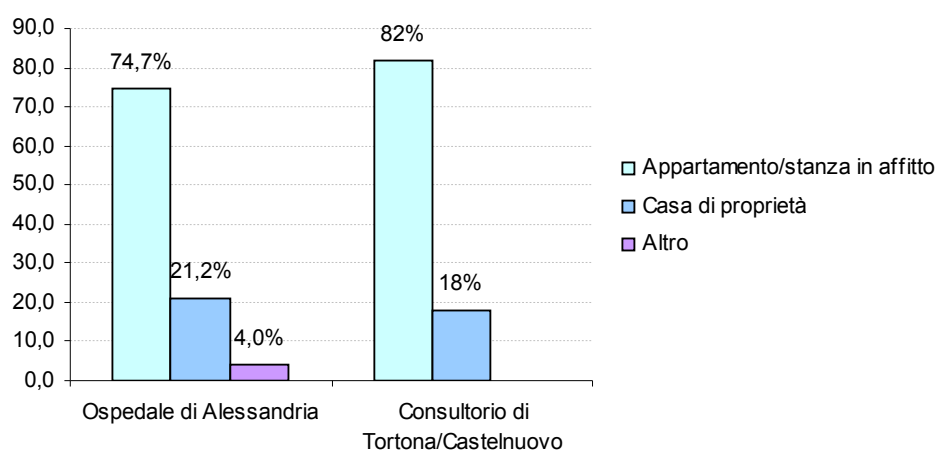
Tabella 2 - Eventuali corsi seguiti in Italia (valori assoluti)

	N. casi
Addetto cuoco	1
Alberghiero	1
Alimentare	1
Automazione d'ufficio, assistente domiciliare	1
Informatica	3
Informatica, oss	1
Lingua italiana	5
Oss	1
Scuola media	2
Scuola orafa	1
Scuola superiore	1
Segretaria d'azienda	1
Università	4
Totale	23

La maggior parte delle donne intervistate vive in un appartamento/stanza in affitto, l'82% a Tortona contro il 75% circa ad Alessandria dove il 21,2% risiede in una casa di proprietà, dato che scende al 18% a Tortona. Anche in questo caso sembrano quindi prevalere i segnali che vanno a sottolineare la presenza sempre più strutturale degli immigrati sul territorio provinciale e il buon livello d'integrazione raggiunto dalle donne che costituiscono il campione di riferimento. Per quelle famiglie infatti che nei limiti della normativa riguardante il titolo di soggiorno, possono pianificare di trasferirsi stabilmente nel nostro paese, spesso l'alternativa alla locazione economicamente interessante è costituita dall'acquisto della casa; le ragioni per cui gli immigrati decidono in alcuni casi di rivolgersi al mercato dell'acquisto sono determinate principalmente da affitti elevati, dalla difficoltà ad inserirsi nel mercato della locazione per la riluttanza dei proprietari ad affittare a stranieri e non ultima l'esigenza di migliorare la propria condizione abitativa.

A livello regionale in generale si osserva una propensione degli immigrati a comprare alloggi piccoli, spesso privi di alcune caratteristiche fondamentali (quali ad esempio il riscaldamento, un servizio igienico adeguato, un'areazione consona allo spazio occupato, una distribuzione spaziale adeguata agli utilizzi), in modo tale da diminuire sensibilmente le risorse iniziali necessarie al momento dell'acquisto. (IRES, 2006⁵)

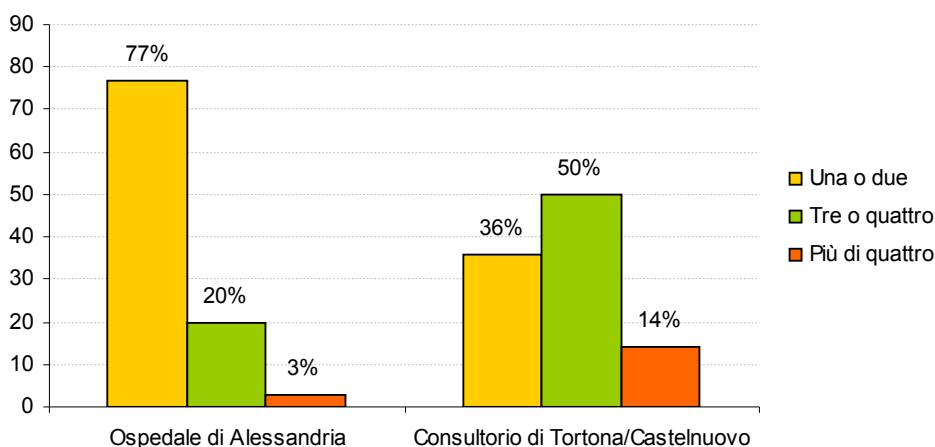
Grafico 9 -Condizione abitativa



⁵ IRES Piemonte, L'immigrazione in Piemonte, rapporto 2006

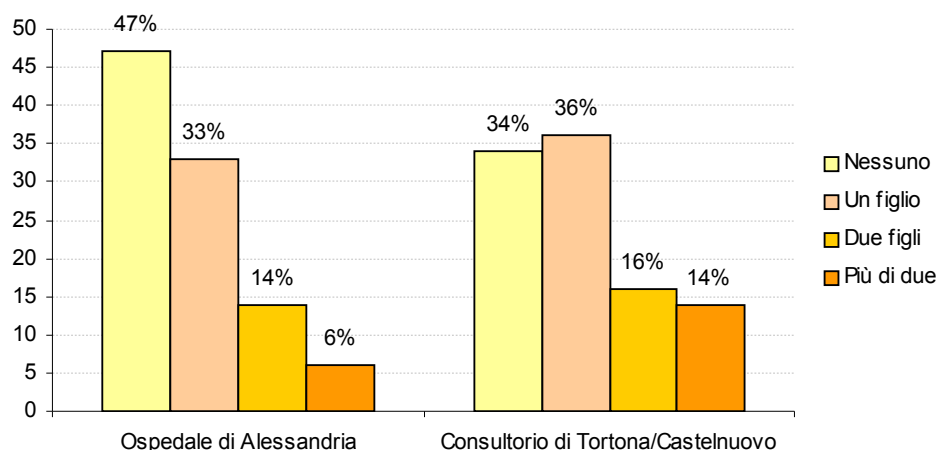
I nuclei familiari sono di piccole e medie dimensioni. Il 77% ad Alessandria e il 36% a Tortona vive con una sola persona (la quasi totalità del campione vive con il compagno/marito) o con due, (il compagno/marito e un figlio). La differenza tra i due territori può essere spiegata dall'età più giovane del campione di Alessandria che, come vedremo meglio in seguito, incide anche sul numero di figli già presenti. Il 20% ad Alessandria e il 50% a Tortona vive con tre o quattro persone; solo il 3% ad Alessandria e il 14% a Tortona vive con più di 4 persone. I nuclei familiari più ampi sono in generale sempre composti da un numero che varia tra 5 a 7 persone e solo in un caso viene dichiarato di vivere con 12 persone perché la donna intervistata è ospite della famiglia d'origine.

Grafico 10 - Numero di persone con cui vive



Il numero dei figli sembra rispecchiare quindi la situazione relativa alla numerosità dei nuclei familiari; ad Alessandria il 47% delle donne intervistate non ha alcun figlio al momento dell'intervista mentre la percentuale scende al 34% a Tortona dove il 30% del campione ha già due o più figli. Ricordiamo che il campione di Alessandria risulta più giovane rispetto a quello intervistato a Tortona e che in generale le donne immigrate mostrano un modello di fecondità più intenso e anticipato rispetto alle italiane, con età media al parto di 28,3 anni, rispetto ai 32,1 delle italiane (IRES 2007).

Grafico 11 - Numero di figli

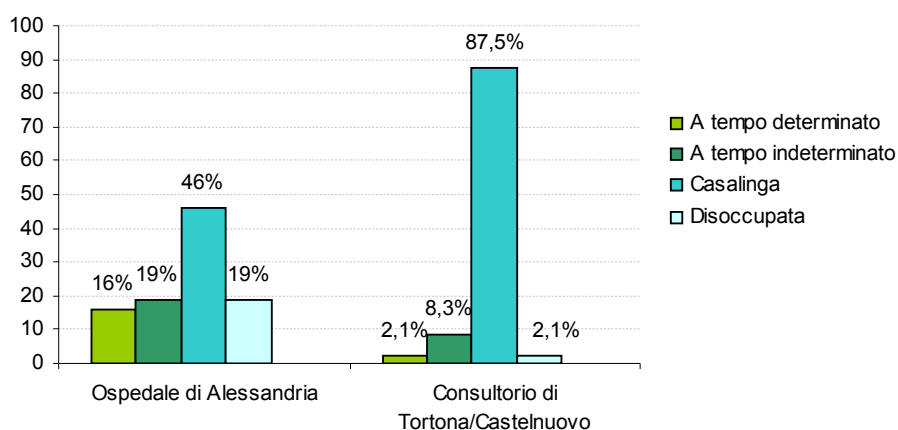


La situazione lavorativa attuale delle donne intervistate presso l'ospedale di Alessandria appare molto diversificata: il 46% infatti è casalinga mentre il restante 54% è a vario titolo inserita nel mercato del lavoro: il 19% dichiara di avere un'occupazione a tempo indeterminato, il 16% a tempo determinato e il 19% dichiara di essere in cerca di occupazione ma attualmente disoccupata. Come avevamo già avuto modo di osservare analizzando la tipologia di permesso di soggiorno una parte del campione di Alessandria affronta l'esperienza migratoria non solo in vista di un ricongiungimento familiare ma anche come mezzo per raggiungere un obiettivo economico e una sorta di "promozione sociale".

Più omogenea sembra la situazione a Tortona dove l'87,5% delle donne dichiara di fare la casalinga e solo l'8,3% sostiene di essere occupata a tempo indeterminato. Ricordiamo che il campione di Tortona è molto omogeneo per quello che riguarda le nazionalità, le donne infatti sono tutte di origine maghrebina, migrazione che al femminile, non è mai stata marcatamente orientata all'inserimento lavorativo.

Anche a livello regionale le donne extracomunitarie e in particolar modo le donne di origine africana, caratterizzate anche da bassi livelli di istruzione, presentano rilevanti difficoltà nell'inserimento lavorativo con un tasso di disoccupazione pari al 15,3% (IRES, 2007).

Grafico 12 - Stato lavorativo attuale



Ad Alessandria le donne che lavorano lo fanno per la maggior parte, il 55,6%, a tempo pieno, mentre il 41,7% a tempo parziale; in rari casi le donne lavorano in maniera occasionale; le donne lavoratrici a Tortona che, come detto sopra sono una minima parte, si distribuiscono equamente nelle differenti modalità proposte.

Va segnalato che tre donne casalinghe, 2 a Tortona e 1 ad Alessandria, hanno affermato di lavorare in maniera occasionale.

Come si evince dalla tabella sottostante le donne intervistate sono prevalentemente collocate in lavori manuali, in attività poco appetibili alle italiane; la maggior parte delle occupazioni rientra in professioni di basso profilo, in imprese di pulizie o come operaie, addetti alla ristorazione e ai pubblici esercizi.

Grafico 13 - Tempo impegnato nel lavoro

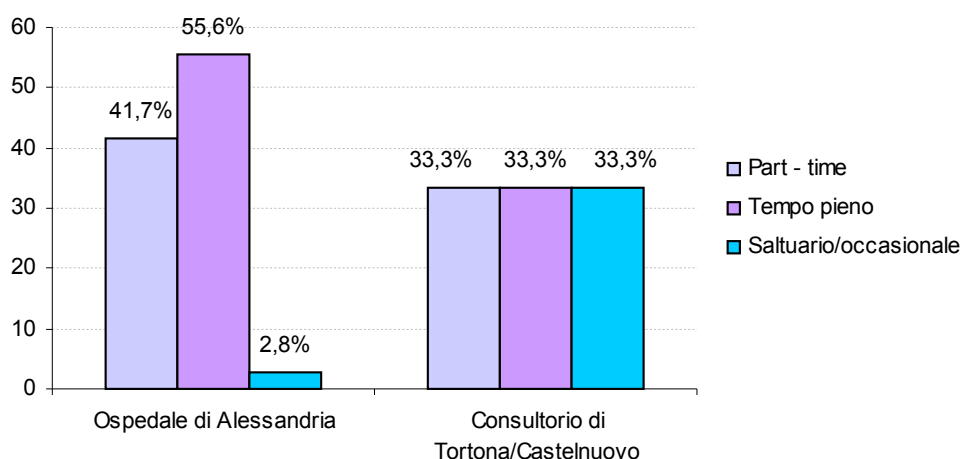


Tabella 3 - Tipologia di attività svolta

	N. casi
Assistente domiciliare	1
Barista	2
Cameriera	2
Caricare e scaricare le merci	1
Collaboratrice domestica	1
Commerciante	1
Commessa	3
Consulente finanziaria	1
Cuoca	1
Fiorista	1
Impresa di pulizie	7
Incassatrice	1
Lavapiatti	2
Magazziniera	2
Operaia	9
Oss	3
Parrucchiera	1
Pulitrice d'oro	1
Totale	40

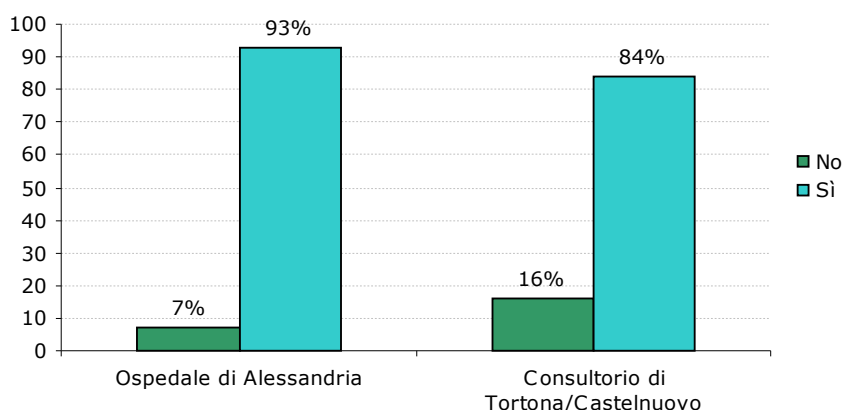
3. Le aspettative sui servizi socio-sanitari rivolti alle donne

La seconda parte del questionario era volta a rilevare le aspettative delle cittadine immigrate sui servizi sanitari rivolti alle donne in generale, senza quindi fare specifico riferimento al servizio di cui erano utenti al momento dell'intervista.

In prima battuta si è quindi chiesto loro di indicare quale tipo di assistenza viene offerta dai servizi sanitari rivolti alle donne attraverso una domanda a risposta multipla.

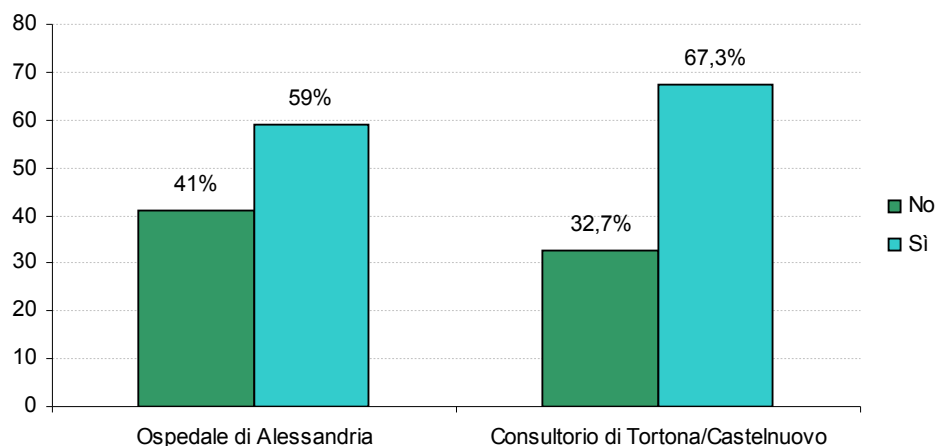
Il 93% delle donne intervistate presso l'Ospedale di Alessandria pensa che i servizi sanitari rivolti alle donne offrano assistenza medica in gravidanza, la percentuale scende all'84% presso il Consultorio di Tortona. La differenza può essere attribuibile alle differenti motivazioni che hanno spinto le donne straniere intervistate a entrare in contatto con il servizio di riferimento. Nei Consultori familiari le donne si recano non solo per ricevere assistenza medica nel periodo della maternità ma anche per la prevenzione di gravidanze indesiderate e contraccezione, per le interruzioni volontarie di gravidanza, per eseguire visite ostetrico-ginecologiche e pap-test, per problemi di menopausa, infertilità, sterilità e sessualità, per la salute del bambino prima della nascita, per casi di abuso sessuale.

Grafico 14 - Assistenza medica per portare avanti la gravidanza



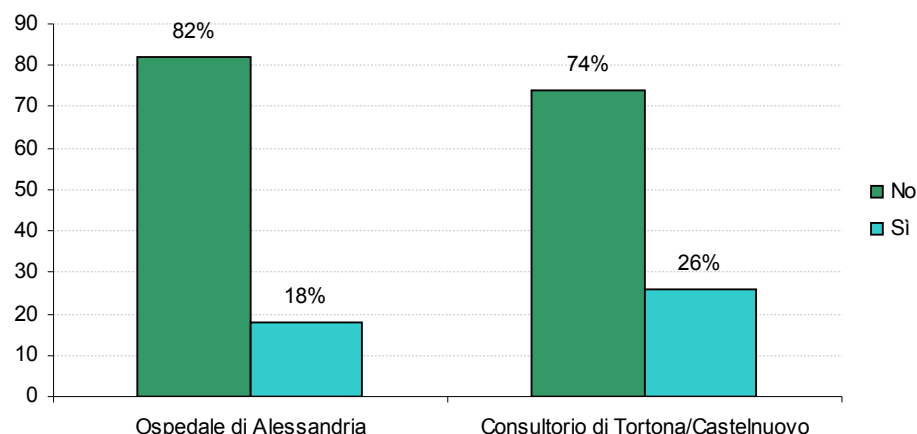
La risoluzione di problemi di salute e la prescrizione dei farmaci è un'attività che il 69% delle donne intervistate ad Alessandria e il 67,3% delle donne intervistate a Tortona riconosce di competenza dei servizi sanitari rivolti alle donne. Sembra quindi che una percentuale abbastanza elevata, più del 40% ad Alessandria e circa un terzo a Tortona, non riconosca l'attività di diagnosi e cura di possibili malattie a carico dell'apparato genitale ma viva i servizi sanitari rivolti alle donne come maggiormente dedicati a seguire i percorsi di maternità e le scelte ad essi correlate.

Grafico 15 - Risoluzione di problemi di salute e prescrizione di farmaci



Il sostegno psicologico non viene riconosciuto come attività offerta dai servizi sanitari rivolti alle donne dalla maggior parte del campione intervistato, l'82% presso l'Ospedale di Alessandria e il 74% presso il Consultorio di Tortona, dato che può essere imputabile a una difficoltà di riconoscimento di una professionalità non sempre presente nel contesto di origine di queste donne.

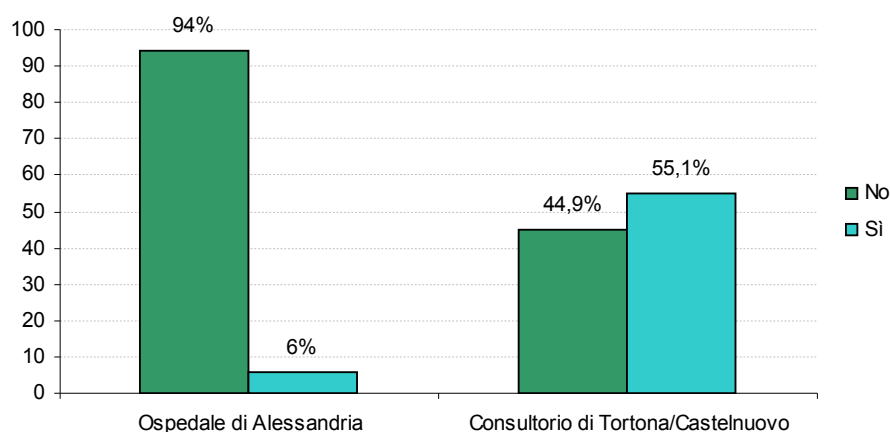
Grafico 16 - Sostegno psicologico



Il sostegno sociale viene invece percepito in maniera significativamente diversa all'interno dei due servizi di riferimento, mentre infatti la quasi totalità delle donne intervistate ad Alessandria non riconosce quest'attività come una possibilità offerta dai servizi sanitari rivolti alle donne la situazione appare molto più differenziata nelle risposte date dalle donne intervistate presso il Consultorio di Tortona, dove più del 55% riconosce il sostegno sociale come un'attività offerta.

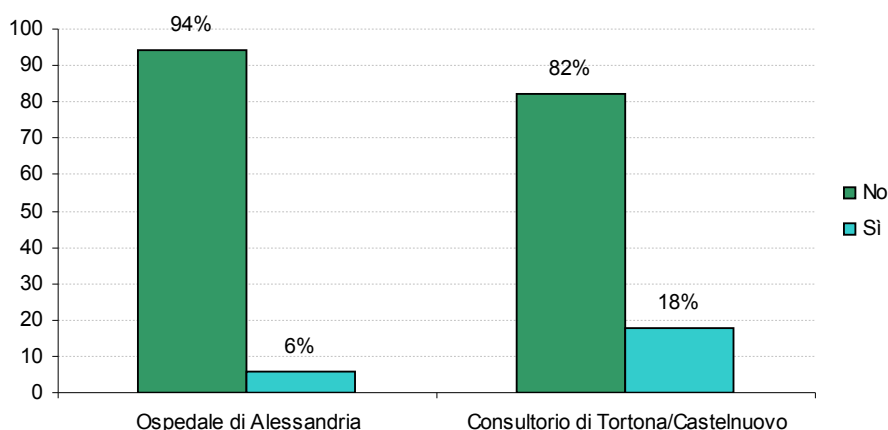
Sembrano quindi esserci dei modi molto diversi di percepire i servizi sanitari rivolti alle donne nei due territori di riferimento ma anche all'interno dello stesso territorio probabilmente influenzati dalle proprie personali esperienze.

Grafico 17 - Sostegno sociale/solidarietà



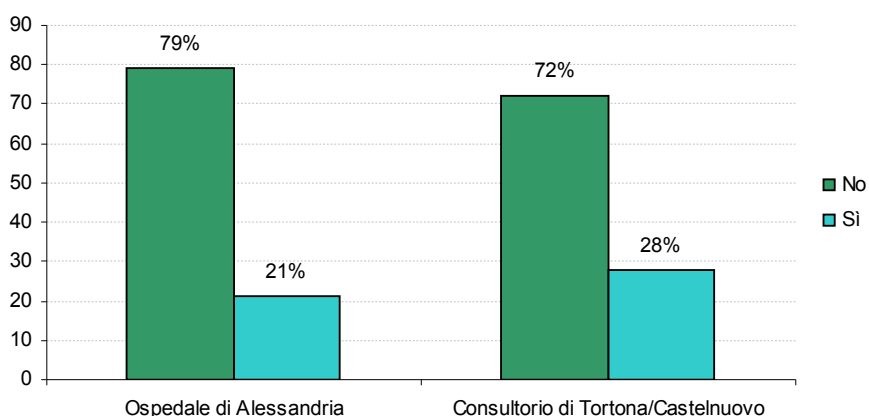
Il sostegno per problemi familiari con i figli non è un'attività offerta dai servizi sanitari rivolti alle donne per la maggior parte delle donne straniere intervistate, il 94% ad Alessandria e l'82% a Tortona.

Grafico 18 - Sostegno per eventuali problemi familiari con i figli



L'attività di informazione viene vissuta come prerogativa dei servizi sanitari rivolti alle donne solo dal 21% del campione intervistato presso l'Ospedale di Alessandria e dal 28% di quello intervistato presso il Consultorio di Tortona.

Grafico 19 - Attività di informazione



Abbiamo lasciato la possibilità alle donne intervistate di dire cosa vorrebbero da questi servizi attraverso una domanda aperta e quindi in maniera maggiormente libera e meno condizionata, ma le risposte sono state poi successivamente catalogate. Come si evince dalla tabella sottostante il 54% delle donne ad Alessandria e il 38% a Tortona esprimono in generale una buona soddisfazione relativamente alle possibilità offerte da questi servizi non esplicitando quindi alcuna richiesta o desiderata. Il 19% ad Alessandria contro il 6% a Tortona vorrebbe che nei servizi sanitari rivolti alle donne si migliorasse il rapporto con le pazienti e nello specifico vengono richieste maggiore chiarezza nelle comunicazioni con il personale sanitario e maggiore dialogo e attenzione dal punto di vista psicologico ma anche e soprattutto maggiore considerazione dei valori socio-culturali di riferimento del paziente.

Il 32% delle donne intervistate presso il consultorio di Tortona vorrebbe poter frequentare degli incontri dedicati a temi specifici finalizzati da un lato a spiegare come funzionano i servizi e dall'altro a sviluppare tematiche più propriamente sanitarie, come la gravidanza e i metodi contraccettivi; in alcuni casi vengono richiesti incontri dedicati al tema della multiculturalità così da aumentare la conoscenza di qual è la concezione della salute e della cura nei Paesi di provenienza al fine di facilitare la comprensione e la comunicazione.

Il 20% delle donne intervistate a Tortona e il 12% ad Alessandria richiede di migliorare l'organizzazione dei servizi; le donne intervistate a Tortona richiedono la possibilità di fare più esami ecografici e di migliorare la raggiungibilità dei servizi mentre quelle intervistate ad

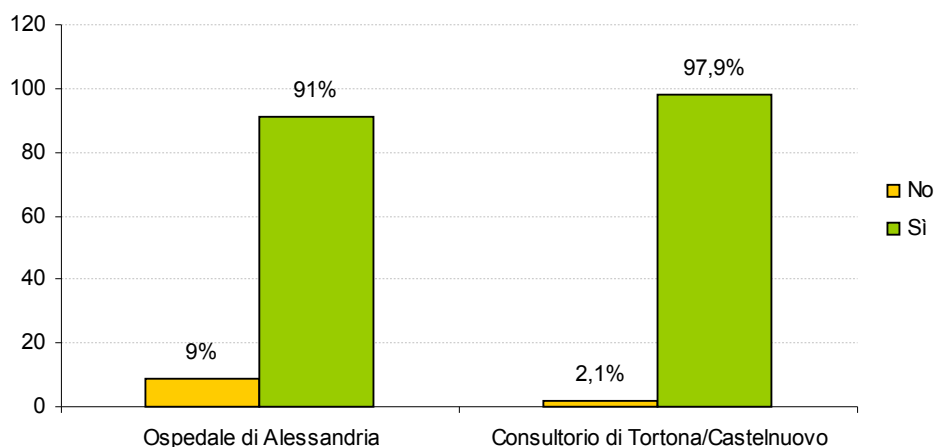
Alessandria pongono più spesso l'attenzione sulla puntualità e i tempi di attesa spesso lunghi per poter prenotare esami e visite.

Tabella 4 - Cosa vorrebbe da questi servizi?

	Ospedale di Alessandria	Consultorio di Tortona
	%	%
Vanno bene così	54	38
Migliorare il rapporto con le pazienti	19	6
Migliorare l'organizzazione	12	20
Informazioni	5	2
Incontri su temi specifici	2	32
Non saprei	8	2

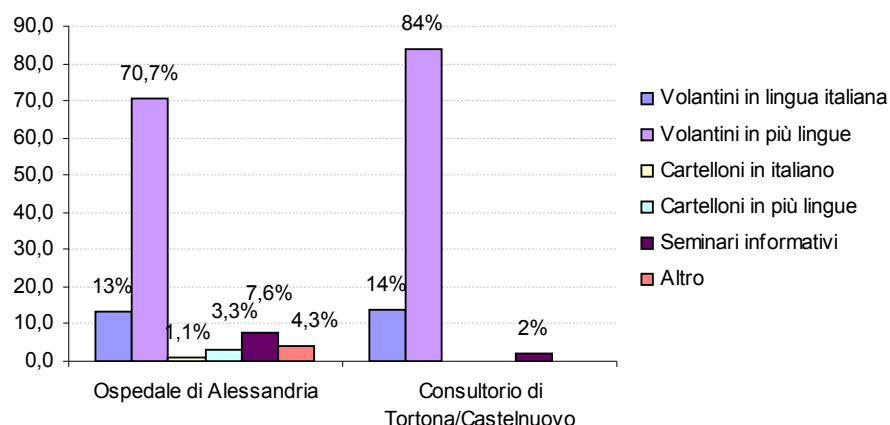
La quasi totalità del campione sia ad Alessandria, con il 91%, sia a Tortona, con poco meno del 98%, ritiene che sarebbe utile dare maggiori informazioni su questi servizi alle donne straniere, mostrando quindi un interesse a conoscere in maniera più approfondita le risorse presenti sul territorio.

Grafico 20 - Crede che sarebbe utile dare più informazioni su questi servizi alle donne straniere?



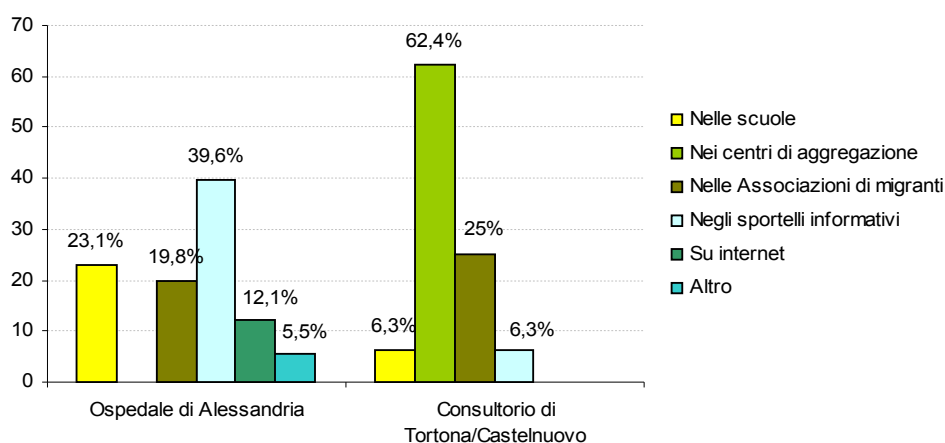
Per quanto riguarda la modalità con cui ricevere informazioni sui servizi in entrambi i territori di riferimento le donne immigrate sembrano, di gran lunga, preferire i volantini in più lingue, più del 70% ad Alessandria e circa l'84% a Tortona, distribuiti nei territori di riferimento e quindi consultabili dalla maggior parte della popolazione; al secondo posto si collocano i volantini in lingua italiana; viene quindi prediletta una modalità di distribuzione "porta a porta", che ha come sua caratteristica quella di essere più prossima all'utenza rispetto alla scelta di affiggere cartelloni sparsi nei territori o di organizzare seminari informativi in cui coinvolgere la popolazione.

Grafico 21 - In che modo si potrebbero dare queste informazioni?



I luoghi in cui le donne pensano sarebbe più utile ricevere informazioni risultano diversi a seconda del territorio di riferimento; sul territorio di Alessandria quasi il 40% delle donne sembra prediligere gli sportelli informativi come luoghi in cui sarebbe opportuno distribuire e quindi ricevere informazioni, a seguire vengono segnalate le scuole, con poco più del 23% e le associazioni di migranti con il 19,8%. La situazione sul territorio di Tortona appare decisamente diversa; più del 62% del campione intervistato segnala infatti come luogo preferenziale per dare informazioni i centri di aggregazione e a seguire anche se molto distanziate compaiono le associazioni di migranti. Sembra quindi che sul territorio del capoluogo gli sportelli informativi riescano a costituire un punto di riferimento importante per questa tipologia di utenza, mentre le donne intervistate sul territorio di Tortona sembrano avere abitudine aggregative e di socializzazione abbastanza radicate; è necessario sottolineare nuovamente che le donne intervistate a Tortona sono tutte di origine maghrebina e che questo potrebbe influenzare le preferenze riportate in quanto maggiormente connotate da usi e costumi propri di una determinata componente culturale.

Grafico 22 - Dove sarebbe più utile dare queste informazioni?



4. La fruibilità e la valutazione dei servizi di riferimento

In questa due sezioni del questionario si è voluto da un lato indagare il modo in cui le donne immigrate intervistate sono entrate in contatto con il servizio di riferimento e come ne hanno usufruito e dall'altro si è cercato di rilevare la valutazione che le stesse donne danno del servizio al fine di rilevare eventuali criticità riscontrate.

Il capitolo risulta suddiviso in due paragrafi, il primo dedicato all'analisi dei dati emersi dalla rilevazione effettuata presso la Struttura di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale di Alessandria e il secondo dedicato al Consultorio familiare di Tortona-Castelnuovo.

4.1 L'Ospedale di Alessandria

La Struttura di Ostetricia e Ginecologia è un reparto medico specialistico che effettua attività di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie dell'apparato genitale, svolge diagnosi prenatale, controllo sull'andamento della gravidanza, attività di assistenza al parto e al periodo immediatamente successivo; presso il reparto vengono organizzati corsi di preparazione al parto.

L'82% delle donne intervistate era in contatto con il servizio per ricevere assistenza e controllo sull'andamento delle gravidanze, il 13% per problemi ginecologici e solo il 4% per richiedere l'interruzione volontaria di gravidanza (3 donne di origine romena e 1 di origine senegalese).

Le operatrici che lavorano all'interno della struttura sostengono che le donne straniere si ricoverano più frequentemente delle italiane e per patologie diverse, in alcuni casi anche imputabili al percorso migratorio e alle condizioni di vita in Italia.

Medico: "diciamo che le donne extracomunitarie si ricoverano per patologie diverse rispetto alle nostre, e soprattutto nel primo trimestre di gravidanza, hanno una percentuale di ricoveri più alta rispetto alla nostra; è ricomparsa una patologia che noi non vedevamo più che è l'iperemesi, soprattutto nei primi 3 mesi che nelle donne extracomunitarie compare molto frequentemente; poi ci sono i casi di aborto, ed è una patologia non tanto organica, cioè è organica perché legata ai sintomi della gravidanza, però è soprattutto psicosomatica. Se noi vediamo la spiegazione di questa iperemesi può essere legata alla solitudine a casa, alla nostalgia di quello che è stato abbandonato, insomma abbiamo tutta una serie di cose di considerazioni relative all'iperemesi che hanno portato a riflettere. Poi ci sono patologie di diverso tipo, legate al fegato, in senso lato, quelle che noi chiamiamo plurigestazionali, con transaminasi alte in gravidanza, perché c'è anche un discorso di alimentazione che è diversa dalla nostra; cambiando ambiente e tipo di alimentazione frequentemente si può andare incontro a queste patologie epatiche con innalzamento delle transaminasi, prurito gestazionale, anche infezione delle vie urinarie che possono diventare causa di ricovero. Direi che insomma esiste un tipo di patologia che le porta a ricoverarsi di più. Perché esistono delle patologie da migrazione che sono o psicosomatiche o patologie che noi non conoscevamo più, vedi la sifilide, la tubercolosi, la malaria, l'emoglobinopatia, che sono tutte malattie che con la migrazione sono riemerse."

I parti delle donne extracomunitarie sembrano costituire circa il 25% del totale dei parti; le operatrici percepiscono un generale calo delle interruzioni volontarie di gravidanza che però è imputabile a un calo delle italiane mentre il numero delle donne extracomunitarie cresce, coinvolgendo un numero sempre maggiore di donne provenienti dell'Est europeo, dove spesso manca un reale percorso di educazione alla contraccezione. Le donne provenienti dai paesi del Maghreb sembrano per contro meno coinvolte probabilmente per motivi di carattere culturale e religioso.

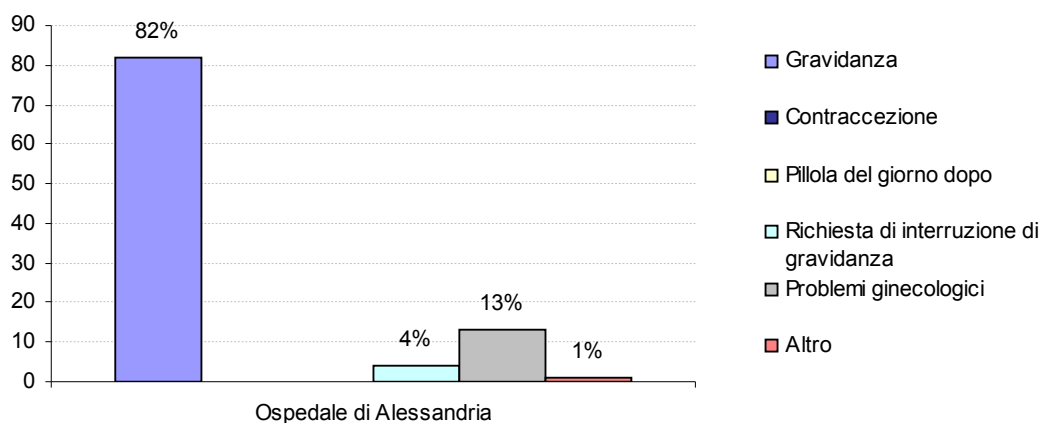
Medico: "negli ultimi anni abbiamo avuto una diminuzione dell'interruzione volontaria della gravidanza, ma nella diminuzione del fenomeno sono diminuite le italiane e sono salite le extracomunitarie e la fetta grossa sono proprio le popolazioni dell'Est. Ma c'è da dire che dal Maghreb c'è un'accettazione dell'idea di fare tanti figli, sono programmate per fare delle famiglie numerose. Le altre non sono pronte a questa cosa, nemmeno nei loro paesi hanno questa concezione, non hanno nemmeno un'educazione alla contraccezione. Le cinesi ad esempio fanno contraccezione perché sono state abituate così; fanno un figlio in città e forse 2 in campagna ma non li denunciano, lì c'è prevenzione; nei Paesi dell'Est tutto questo non c'è, il controllo delle

nascite avviene attraverso l'interruzione volontaria delle gravidanze, è un fatto scontato. Questo dato si modificherà solo se cambierà il discorso della contraccezione."

Mediatrice culturale: "per l'islam l'aborto è un peccato, poi certo del Corano ci sono molte interpretazioni e non tutti pensano le stesse cose..."

A livello regionale per quanto riguarda l'interruzione volontaria di gravidanza continua la tendenza a un progressivo aumento tra le straniere, tendenza che risulta confermata anche a livello nazionale. La percezione delle operatrici sembra confermata, negli ultimi anni tra le immigrate che si sottopongono a IVG, si è registrato infatti un netto aumento tra le cittadine romene e un calo tra marocchine e algerine, che appartengono a popolazioni con una più lunga storia di immigrazione e, quindi, con una situazione familiare presumibilmente più stabile e una maggior conoscenza dei diritti di accesso ai servizi socio-sanitari. Si delinea inoltre una criticità rispetto a un efficace ricorso alla procreazione responsabile, è il fenomeno dell'aborto ripetuto, in Piemonte infatti sembra essere leggermente in aumento la percentuale di donne con due o più IVG pregresse; dall'analisi per nazionalità si osserva come le IVG ripetute siano più frequenti tra le donne straniere specie se provenienti dai paesi dell'Europa dell'Est (IRES 2007).

Grafico 23 - Per quale motivo è in contatto con il servizio?



Quasi due terzi delle donne intervistate non si è mai recata al servizio di riferimento in precedenza; poco più del 35% del campione ha invece già frequentato il servizio. Come si evince dalla tabella sottostante le motivazioni di accesso della prima volta non si discostano in maniera significativa da quelle per cui le donne intervistate sono attualmente in carico al servizio: più del 76% per l'assistenza in gravidanza, il 17,6% per problemi ginecologici e il 5,9% per richiedere un'interruzione volontaria di gravidanza.

Grafico 24 - E' la prima volta che frequenta questo servizio?

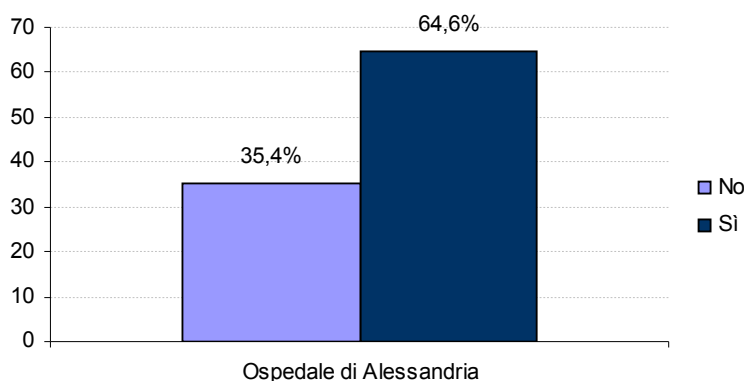
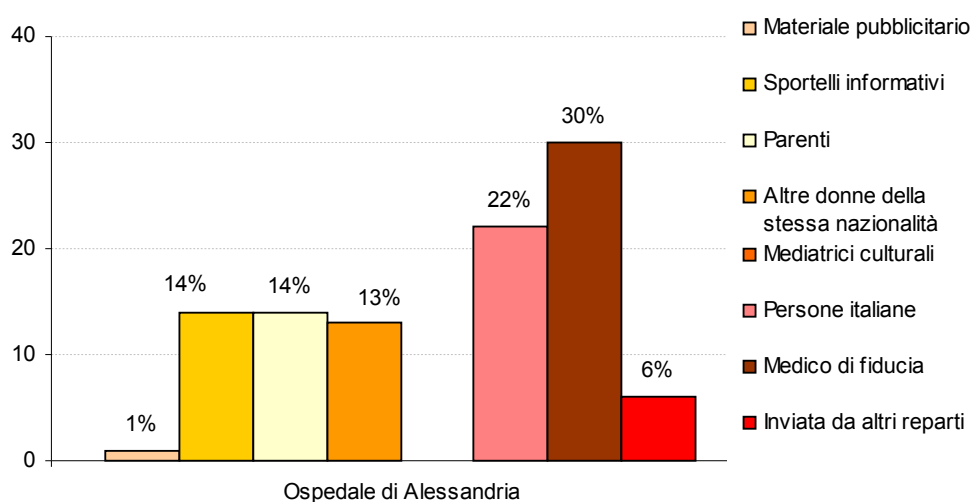


Tabella 5 - Se no, la prima volta che si è rivolta al servizio qual'era il motivo?

	%
Gravidanza	76,5
Problemi ginecologici	17,6
Richiesta di interruzione di gravidanza	5,9
Contracezione	--

Le donne intervistate sono venute a conoscenza del servizio attraverso una molteplicità di modi: il 30% l'ha conosciuto attraverso la segnalazione del medico di fiducia, di cui tra le altre cose serve l'impegnativa per l'accesso, il 22% da persone italiane, il 14% dagli sportelli informativi e un altro 14% da parenti.

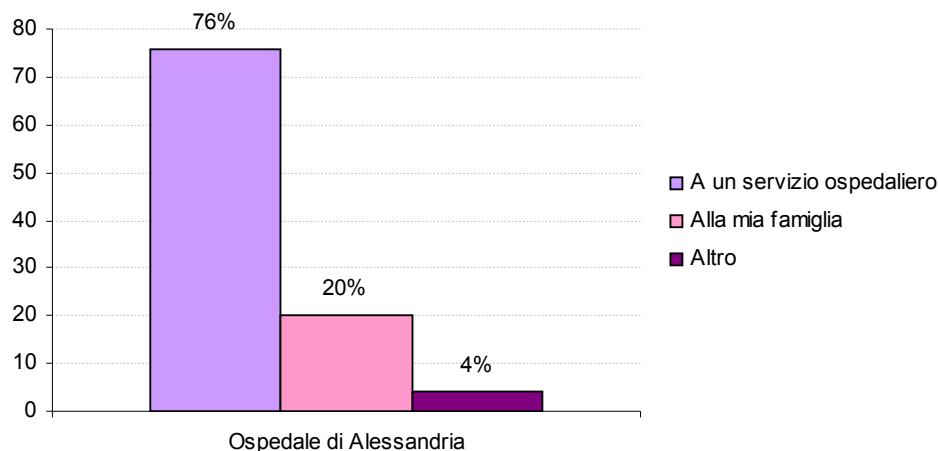
Grafico 25 - Come ha conosciuto il servizio?



Il 76% delle donne intervistate se si fosse trovata nel proprio Paese d'origine nella stessa situazione si sarebbe rivolta a un servizio ospedaliero mentre il 20% alla propria famiglia ad evidenziare quindi il ruolo importante rivestito dalla rete familiare, di solito soprattutto femminile, in alcune culture di appartenenza. Il 4% del campione intervistato dichiara che nel proprio Paese d'origine si sarebbe rivolto a cliniche private; nei Paesi più rappresentati all'interno del campione, paesi dell'Est europeo e del nord Africa il sistema sanitario versa in difficili condizioni, mentre il sistema privato sembra essere più attento alla pulizia e alla cura richiedendo però costi elevati per le prestazioni (Dotti, Luci 2008⁶).

⁶ Dotti M., Luci S., Donne in cammino - Salute e percorsi di cura di donne immigrate, 2008, Franco Angeli, Milano

Grafico 26 - Se si fosse trovata nel suo Paese d'origine a chi si sarebbe rivolta in questa situazione?

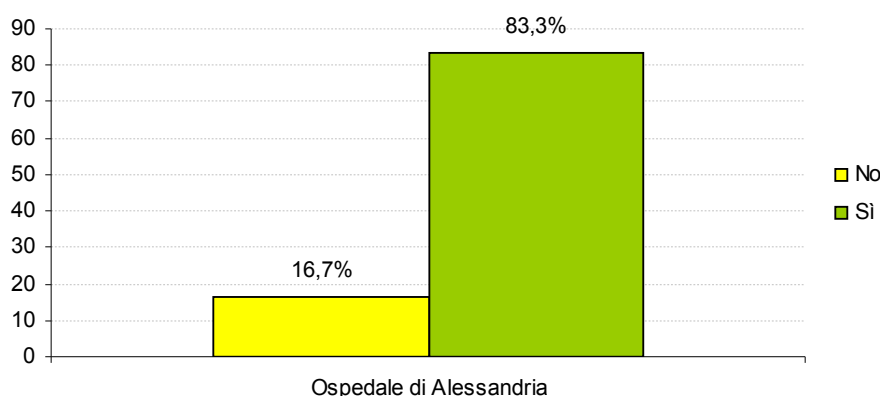


L'83,3% delle donne sostiene che nel proprio paese d'origine esistono dei servizi analoghi a quello che sta frequentando, mentre il 16,7% dichiara invece che non ne esistono; in questo senso la zona di origine delle donne intervistate può essere una discriminante significativa: la situazione sanitaria nelle zone rurali dei Paesi a più alta incidenza migratoria appare infatti nella maggior parte dei casi più precaria e di difficile accesso rispetto alle aree urbane.

Le mediatrice culturale di origine marocchina sottolinea che nonostante esistano servizi sanitari analoghi a quelli presenti in Italia, in Marocco gli esami che vengono svolti nel periodo della gravidanza sono comunque un numero molto inferiore a quelli previsti in Italia e sono concentrati nell'ultimo periodo di gravidanza; sembra inoltre che rimanga abbastanza usuale la possibilità di partorire all'interno delle mura domestiche.

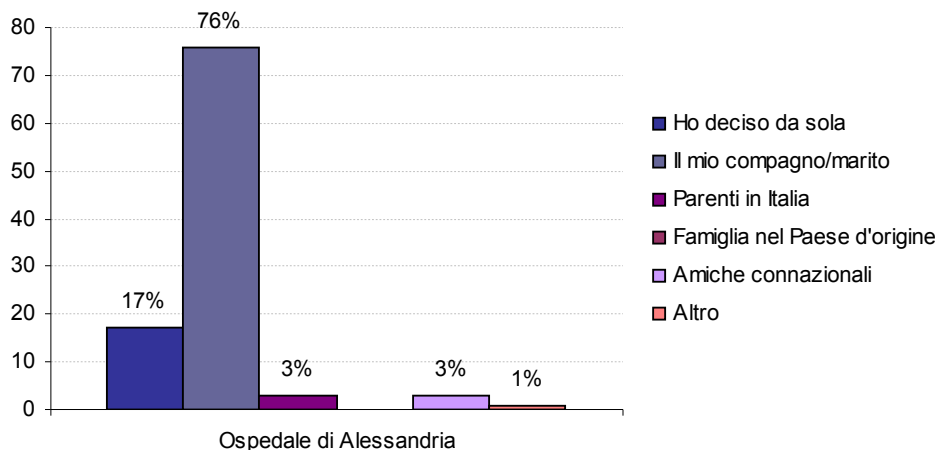
Mediatrice culturale: "da noi è tutto diverso, ci sono meno esami, non esistono i controlli all'inizio della gravidanza; si fanno ogni tanto, non regolarmente come qui; affrontare la gravidanza qui per noi è diverso; alcune donne partoriscono a casa, non vanno in ospedale, ci sono donne che hanno partorito a casa nel loro Paese e poi arrivano qui e vanno a partorire in ospedale. Sicuramente qui c'è un'assistenza maggiore."

Grafico 27 - Nel suo paese d'origine esistono dei servizi analoghi a quello che sta frequentando?



La maggior parte delle donne intervistate, il 76%, ha condiviso la scelta di farsi seguire nel reparto di ostetricia e ginecologia con il compagno o marito; il 17% del campione ha scelto da sola anche se vive in Italia con il compagno o marito mentre il 3% ha condiviso la scelta con la propria famiglia nel Paese d'origine.

Grafico 28 - Quando ha scelto di farsi seguire dal Servizio ha condiviso questa scelta con qualcuno?



La frequenza al servizio è stata, a detta delle stesse donne intervistate, regolare per la quasi totalità dei casi. Va sottolineato che il dato si riferisce a una percezione delle donne intervistate e non è quindi un dato oggettivo di accesso al servizio. La totalità delle donne dichiara di seguire le prescrizioni e/o i consigli che vengono loro indicati e nello specifico quelli riguardanti le visite di controllo da effettuare e i farmaci da assumere. Alcune donne segnalano di seguire con particolare attenzione le prescrizioni inerenti i comportamenti alimentari e quindi una dieta equilibrata e quelli legati alle abitudini quotidiane e nello specifico di fare maggior attenzione a rispettare i tempi di riposo e a evitare situazioni di affaticamento. Sembra opinione comune anche degli operatori che attualmente le donne straniere inizino a frequentare più assiduamente il servizio e seguire con maggiore regolarità le prescrizioni che le infermiere e i medici forniscono, rispetto alla situazione di qualche anno fa quando le donne straniere si recavano presso la struttura solo in caso di urgenza; si evidenziano però ancora alcune criticità che fanno sì che più spesso le donne straniere vadano incontro a gravidanze problematiche che possono poi sfociare in parti prematuri; spesso infatti le donne vengono regolarmente ad effettuare le ecografie mentre si sottopongono alle visite mediche più raramente.

Medico: "le donne extracomunitarie cominciano a farsi visitare e quindi cominciano ad affrontare la gravidanza in maniera corretta, anche se ci sono ancora tante cose. Inizialmente l'accesso delle donne extracomunitarie alla nostra struttura avveniva come urgenza su una patologia, su un sintomo. All'inizio arrivavano perché avevano un problema, accompagnate dal marito dopo il lavoro, c'era anche il problema della lingua, quindi gli accessi avvenivano per lo più in pronto soccorso; proprio perché la gravidanza non è un problema, se c'è un problema allora venivano al pronto soccorso; poi c'è stata questa crescita e hanno iniziato i controlli ambulatoriali, abbastanza frequentemente, in genere chiedono l'ecografia perché vogliono sapere il sesso. Perché vogliono il maschio. Abbiamo un sacco di donne che vengono a fare l'ecografia ma poi non fanno le visite, perché interessano meno."

Neonatologa: "i parti prematuri sono più frequenti forse anche perché sono seguite meno strettamente."

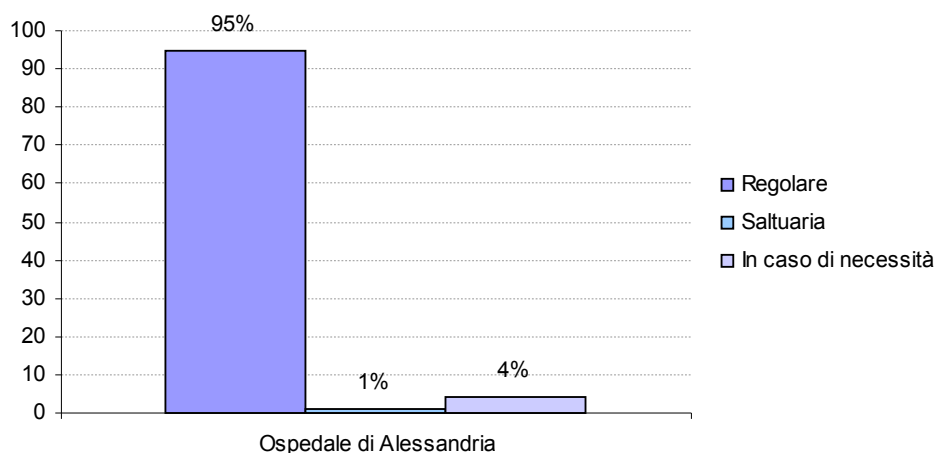
Le operatrici sottolineano che nonostante il miglioramento generale le donne straniere ancora non partecipano ai corsi di preparazione al parto; l'atteggiamento delle stesse operatrici in tal senso sembra molto diversificato: a fronte infatti di una continua ricerca di strumenti per facilitare l'accesso di questo target alla suddetta attività emerge una generale accettazione di questa non partecipazione influenzata anche dalle maggiori "competenze" trasmesse loro a livello familiare. Altro nodo critico per la partecipazione delle donne ai corsi pre-parto sembra essere la conoscenza della lingua italiana.

Impiegata amministrativa: "le donne non sanno neanche che c'è una preparazione al parto; bisognerebbe avere qualcuno che faccia da tramite, che possa spiegare che cos'è il corso di preparazione al parto; poi anche nel corso pre-parto bisognerebbe avere una mediatrice culturale."

Medico: "il problema vero nasce dall'interpretazione della maternità che ormai da noi si vive in maniera medicalizzata. Per loro la maternità è un aspetto della vita della donna, nel senso che la donna è nata come donna e vive questo come un fattore normale e fisiologico. Quindi non vivrebbero mai la gravidanza come una malattia, perché la gravidanza viene qualificata come fisiologica. Per cui c'è un vissuto e un'accettazione diversa, secondo me è proprio un fatto culturale. A loro non serve venire a farsi insegnare come va la gravidanza o come si fa a fare figli perché lo danno come fatto scontato. E poi c'è un'altra cosa, quelle che sono arrivate qua da adulte sono le sorelle che hanno cresciuto i bambini piccoli, che hanno cambiato il pannolone ai fratelli. Da noi questo non esiste più; da noi la mamma ha bisogno di andare al nido a farsi insegnare come cambiare il pannolino perché non l'hanno mai visto fare, mentre le donne straniere vedevano ed aiutavano, tutte le situazioni da loro sono già vissute, forse loro non capiscono neanche la necessità di venire ad un corso di preparazione al parto. Forse poi quando vivendo qui da tempo non avranno più il vissuto e quella parte di famiglia non ci sarà più allora magari ne avranno bisogno. Noi abbiamo dovuto costruire questa serie di procedure di preparazione al parto perché la donna occidentale ha perso la capacità di confrontarsi con il proprio corpo, con la gravidanza e con il parto, cosa che le extracomunitarie hanno ancora."

Anche i dati regionali sembrano rilevare una situazione orientata verso una maggior regolarità di fruizione dell'assistenza offerta, soprattutto nel periodo della gravidanza: tra le gestanti immigrate e italiane sembra infatti mantenersi costante nel tempo la notevole differenza rispetto all'epoca in cui si sottopongono alla prima visita, solo il 79% (contro il 94% delle italiane) la effettua entro il primo trimestre, mentre di anno in anno invece si riduce la differenza tra numero medio di visite e di ecografie effettuate durante la gestazione (IRES 2007).

Grafico 29 -Relativamente ai servizi seguiti la sua frequenza è stata:



Il 66% delle donne intervistate si presenta al servizio per effettuare esami e/o visite accompagnata dal compagno/marito, in alcuni casi si viene accompagnate da altre persone appartenenti al nucleo familiare, sorelle o figli, o anche da amiche più spesso connazionali.

Il 34% accede al servizio da sola probabilmente per una maggior difficoltà a conciliare gli impegni lavorativi delle persone di riferimento con gli appuntamenti fissati al servizio; sembrano accedere sole maggiormente le donne originarie del Nord Africa rispetto alle altre provenienze rappresentate nel campione. E' opinione delle operatrici intervistate che nei casi in cui le donne straniere vivono situazioni di isolamento e di emarginazione l'ospedale possa essere un'utile risorsa per venire in contatto con una rete che può fornire informazioni e supporto.

Psicologa: "io ho questo ricordo di una donna che non aveva ancora fatto in tempo a capire la lingua o come funzionava qui che è rimasta incinta, un parto difficile, la bambina aveva gravissimi problemi di salute e sono rimaste in ospedale più di un anno, il gruppo è sparito. E' stato qui in ospedale che ha ricevuto aiuto, dai gruppi di volontari, su richiesta del reparto."

Grafico 30 - Come si presenta al servizio?

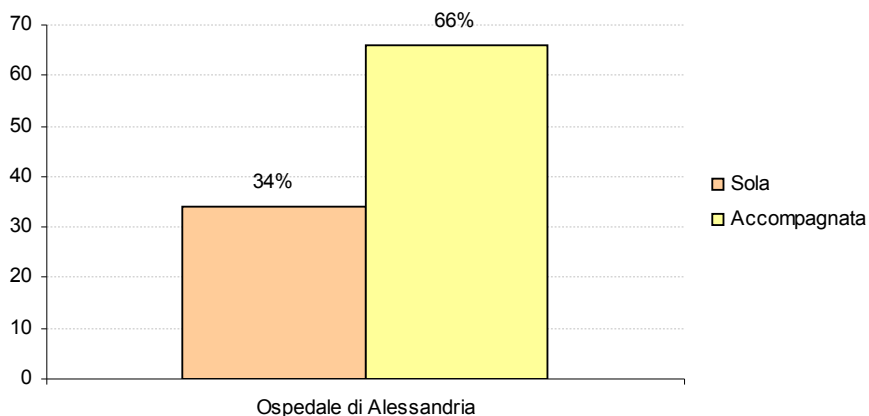


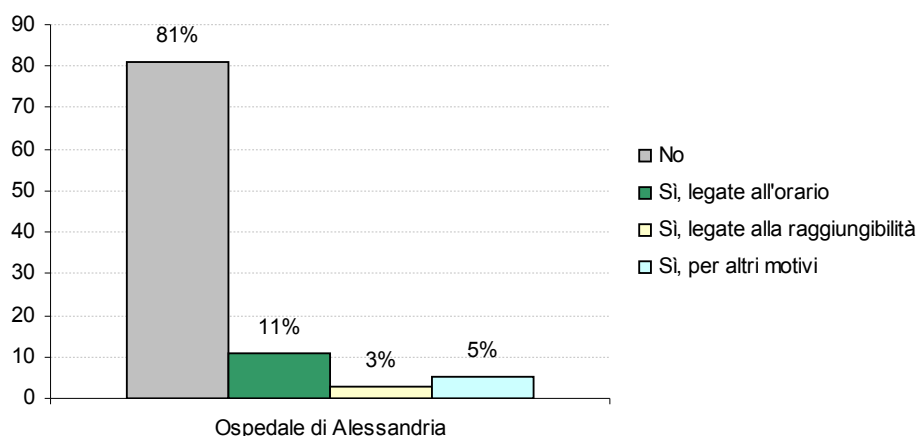
Tabella 6 - Modalità di presenza al servizio per nazionalità (valori percentuali)

	Sola	Accompagnata	
Africa	41	59	100
Europa	29,5	70,5	100
America	27,3	72,7	100
Asia	33,3	66,7	100
Totale	34	66	100

Come anticipato in apertura di capitolo l'ultima parte dedicata al servizio di riferimento era volta a rilevare la valutazione che le donne straniere danno al servizio stesso e all'assistenza che hanno ricevuto.

Come si evince dal grafico sottostante la maggior parte delle donne del campione, l'81% dichiara di non aver trovato alcuna difficoltà nell'accesso al servizio, mentre il restante 19% sostiene di aver avuto delle difficoltà: l'11% legate all'orario, il 3% legate alla raggiungibilità dell'Ospedale e un 5% per altri motivi di natura familiare.

Grafico 31- Ha trovato difficoltà nell'accesso al servizio?



La maggior parte del campione intervistato, più del 60%, non esprime preferenze riguardo al genere del personale medico-infermieristico, mentre il 39% dichiara di preferire personale medico di genere femminile; nessuna delle donne intervistate preferirebbe personale medico di genere maschile. Va sottolineato che in questo caso le preferenze del campione si differenziano molto a seconda del Paese di origine e quindi al sistema culturale di riferimento. Le donne provenienti dal Nord Africa sembrano infatti preferire, con il 61,5%, personale medico di sesso femminile, mentre per la restante parte del campione sembra essere una caratteristica non determinante.

Grafico 32 - Preferisce che il personale medico/infermieristico sia

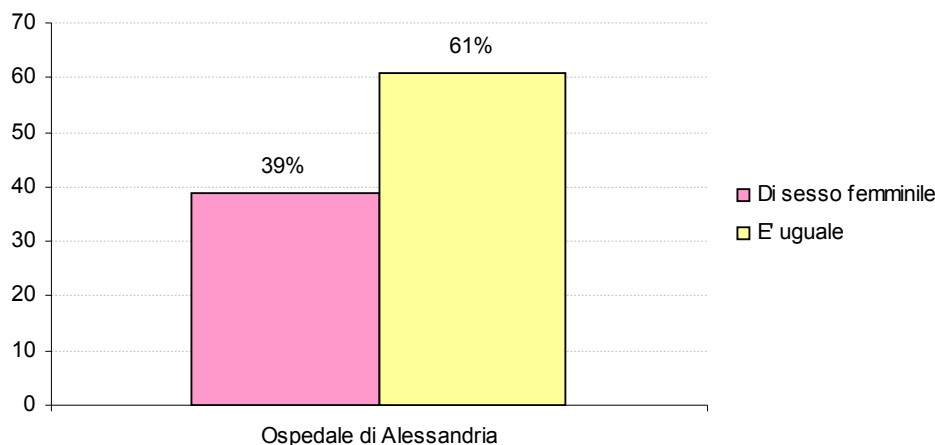


Tabella 7 - Preferenze riguardo al personale medico per area di provenienza

	Di sesso femminile	E' uguale	
Africa	61,5	38,5	100
Europa	25	75	100
America	9,1	90,9	100
Asia	50	50	100
Totale	39	61	100

Il 73% del campione di riferimento non ha trovato difficoltà di comunicazione con il personale sanitario mentre il 27% sostiene di averne avute.

A seguito della domanda si è dato alle persone intervistate la possibilità di esprimere in poche parole la motivazione della loro soddisfazione o della loro insoddisfazione.

Le donne che non hanno avuto difficoltà di comunicazione hanno asserito in maniera prevalente di conoscere abbastanza bene la lingua italiana e quindi di riuscire quasi sempre a farsi capire e parallelamente a capire le informazioni e le spiegazioni che vengono loro date. In alcuni casi è stato sottolineato che la disponibilità e la gentilezza del personale medico-infermieristico riesce a facilitare la comprensione. Alcune donne segnalano di "usare" la persona che le accompagna al servizio, più spesso il marito ma può essere, come visto in precedenza, anche la figlia, da interprete.

Per contro le donne che hanno trovato delle difficoltà di comunicazione le hanno per la maggior parte attribuite a una conoscenza della lingua italiana limitata che sembra quindi influenzare negativamente la fruizione dei servizi e la percezione del livello di assistenza ricevuto.

Le diverse provenienze delle donne intervistate sembrano influenzare in maniera significativa le difficoltà di comunicazione riscontrate: anche in questo caso sembra che le difficoltà maggiori siano riportate dalle donne provenienti dal Nord Africa rispetto alla popolazione proveniente dall'Europa dell'Est. Anche le donne asiatiche, per la maggior parte cinesi, sembrano essere maggiormente in difficoltà dal punto di vista comunicativo; in tal senso va ricordato che costituiscono una parte molto esigua del campione e che quindi ogni generalizzazione potrebbe essere fuorviante (6 casi su 100).

Le operatrici confermano che con le donne provenienti dal Maghreb incontrano maggiori problemi di comunicazione linguistica rispetto alle altre provenienze con cui però spesso emergono problemi di natura relazionale. Nella percezione infatti delle operatrici sembra esserci un distinguo marcato all'interno delle donne straniere tra persone che provengono dall'Europa dell'Est che appaiono maggiormente scontrose e critiche nei confronti del servizio e donne che provengono dall'area del Maghreb, solitamente gentili e meno pretenziose.

Ostetrica: "la comunicazione più difficile avviene con il Maghreb, le donne dell'Est vengono meno a figliare e quando decidono di farlo forse è già più tempo che sono stanziali in Italia e tendenzialmente comunicano meglio."

Capo ostetrica: "sono più aggressive, più indisciplinate, accettano molto meno le regole; se io potessi scegliere, ipoteticamente, in un reparto che gruppo avere come gruppo etnico più numeroso, rispetto agli altri, preferirei i marocchini. C'è una relazione più educata, io sono educata con loro e loro lo sono con me. Gli altri ti mettono in una posizione tale che la reazione è quella di offesa."

Medico: "il problema è proprio la difficoltà di relazionarsi, io un grazie da una donna dell'Est non l'ho mai avuto. Sembra che tutto sia dovuto, scontato."

Sembra che l'atteggiamento delle operatrici nei confronti delle diversità culturali sia in parte influenzato da conoscenze personali ed esperienze pregresse e rispecchiano un più diffuso sentimento generale di paura e diffidenza rispetto ad alcune comunità etniche spesso bersaglio di campagne medianiche mirate.

Ostetrica: "se incontro in una strada buia un marocchino, un albanese e un romeno, sapendo da dove provengono, tendo a stare più vicino al marocchino, proprio per questi comportamenti relazionali che hanno con gli altri che mi fanno fidare di meno. Sono veramente aggressivi in tutti i loro modi di rapportarsi e sembrano più integrati i marocchini che hanno la pelle di un altro colore, che parlano una lingua incomprensibile, sembrano più integrati loro di quanto non lo siano quelli che invece comunicano verbalmente."

Grafico 33 - Ha trovato difficoltà di comunicazione con il personale sanitario?

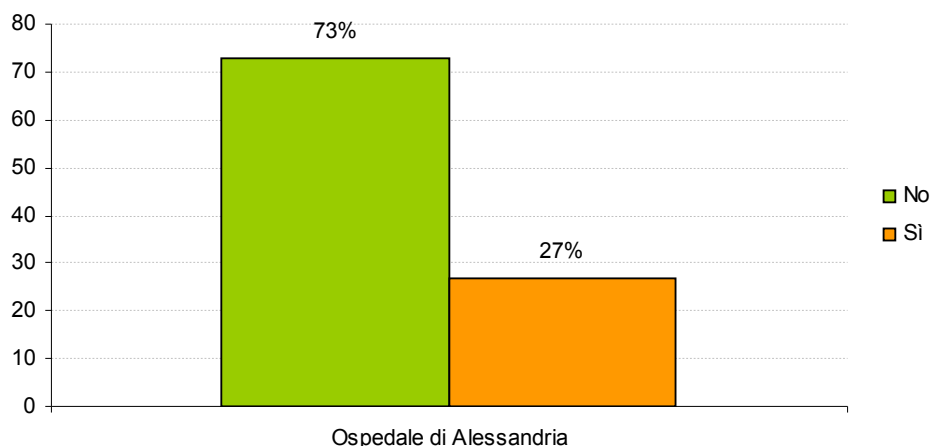


Tabella 8 - Difficoltà di comunicazione con il personale per area di provenienza

	No	Si	
Africa	64,1	35,9	100
Europa	79,5	20,5	100
America	81,8	18,2	100
Asia	66,7	33,3	100
Totale	73	27	100

La presenza della mediatrice culturale viene vista dalla quasi totalità del campione come utile: il 72% pensa che sia una presenza utile in generale e che possa quindi servire a dare informazioni generali sui servizi e sulla modalità di fruizione degli stessi; il 23% invece sostiene che sia utile solo per parlare con il personale medico e quindi possa facilitare la comprensione delle prescrizioni consigliate.

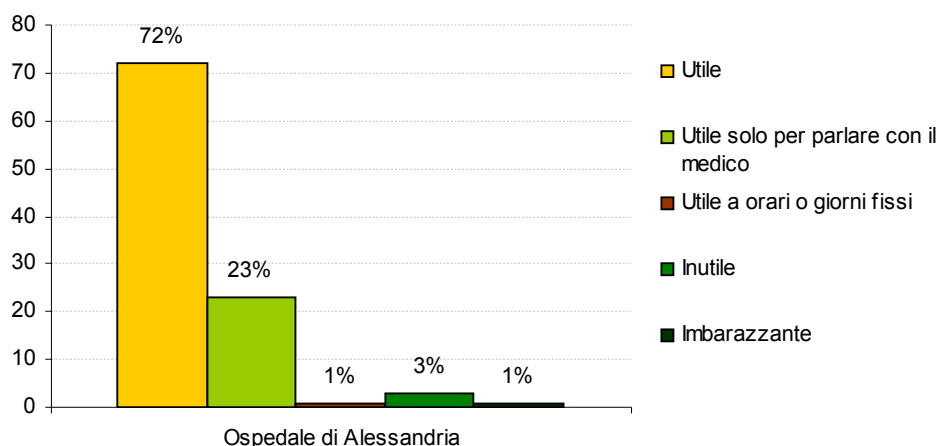
Le operatrici stesse sostengono la necessità di una mediatrice culturale che affianchi alla dimensione culturale competenze professionali di natura clinica così da garantire da un lato il passaggio di una corretta informazione, indispensabile per alcune situazioni molto delicate e, dall'altro, la possibilità di mantenere una dimensione emotiva legata ai vissuti di maternità.

Capo ostetrica: "devono prendere quelle che sono le nostre competenze professionali e relazionali. Dal punto di vista medico deve essere un messaggio preciso, corretto e sovrapponibile e quindi tradotto. In reparto è diverso perché mentre loro curano, noi ci prendiamo cura; con una mera traduzione perdi certe sfumature. Una mediatrice culturale sarebbe di grandissimo aiuto per non perdere quello che di emozionale vogliamo dire e vogliamo ricevere. E' capitato un caso di un bambino che aveva una malformazione incompatibile con la vita e quindi si doveva decidere di interrompere questa gravidanza; la donna non parlava l'italiano e il marito non poteva comprendere quello che volevamo spiegargli. Eravamo ancora in assenza di mediatori culturali; non sapevamo come muoverci per spiegare a questa persona questa cosa. Abbiamo chiesto al marito di portare una persona che potesse tradurre di cui si fidassero ciecamente; ha portato l'Imam che ha giocato questo ruolo di spiegazione e interpretazione. Per noi è molto importante avere una mediatrice culturale che sia legata al segreto professionale."

Ostetrica: "serve una persona che abbia un minimo di conoscenze cliniche."

Medico: "non dimentichiamoci le procedure che hanno bisogno di consenso; ottenere un consenso informato da una donna che non ti capisce è pesante."

Grafico 34 - La presenza della mediatrice culturale nel servizio è:



Al fine di migliorare il servizio offerto a questa tipologia di utenza le operatrici sottolineano che sarebbe utile organizzare dei percorsi informativi per facilitare una lettura interculturale del fenomeno, che prevedano però anche degli aggiornamenti sulle vecchie e nuove patologie emergenti dalle migrazioni.

Maggiori informazioni andrebbero anche fornite agli operatori che lavorano sul territorio, medici di base e operatori del consultorio così da favorire un'attività di conoscenza e di orientamento nei servizi.

Ulteriore strategia da continuare a perseguire per migliorare la fruibilità dei servizi sanitari è quella di continuare, come si sta già facendo, a tradurre materiale informativo nelle lingue dei maggiori Paesi di migrazione.

Medico: "secondo me bisogna che tutti gli operatori sanitari che comunque fanno parte della comunità che accoglie, abbiano delle informazioni precise, che si sforzino di capire tutto quello che di culturale c'è dietro questo fenomeno dell'immigrazione, perché se non riusciamo a capirli non possiamo conoscerli."

Capo ostetrica: "conoscere per capire e per dare un messaggio corretto, per capire le diverse popolazioni."

4.2 Il Consultorio di Tortona - Castelnuovo

Il Consultorio familiare è un servizio pubblico gratuito rivolto alle donne di ogni età; l'accesso è protetto da anonimato e avviene su prenotazione senza la richiesta del medico di famiglia. L'équipe del consultorio è formata da: ginecologo, ostetrica, infermieri, consulenti di sessuologia e psicologia. Negli ultimi anni è aumentato il numero delle donne straniere che si rivolgono al servizio non solo per ricevere assistenza medica ma anche per chiedere consigli e consulenze e in particolare per assistenza alla maternità, prevenzione di gravidanze indesiderate e contraccezione, interruzioni volontarie di gravidanza, per eseguire visite ostetrico-ginecologiche e l'esame per la prevenzione e la diagnosi del tumore al collo dell'utero, per problemi di menopausa, infertilità, sterilità e sessualità, per la salute del bambino prima della nascita e per casi di abuso sessuale.

Le principali motivazioni di accesso al servizio sembrano essere connesse alla fertilità e alla gravidanza, il 45,8% delle donne intervistate infatti è entrata in contatto con il servizio per ricevere assistenza per la gravidanza, il 25% per problemi ginecologici, il 14,6% per la contraccezione, e il 12,5% per la pillola del giorno dopo, nessuna delle donne intervistate ha richiesto un'interruzione volontaria di gravidanza. Sembra quindi che un numero significativo di donne riesca a scegliere di programmare la gravidanza utilizzando metodi contraccettivi di

varia natura, mentre un numero di poco inferiore si metta al riparo da situazione a rischio solo successivamente utilizzando la pillola del giorno dopo.

Va ricordato che il campione preso in considerazione presso il Consultorio di Tortona risulta composto esclusivamente da donne che provengono dal Nord-Africa e precisamente da Tunisia e Marocco, paesi in cui negli ultimi anni sembra essersi notevolmente incrementato l'uso dei contraccettivi, i metodi maggiormente utilizzati sembrano essere lo IUD in Tunisia e la Pillola in Marocco (Dotti, Luci, 2008).

Nella percezione delle operatrici le donne si rivolgono prioritariamente al servizio per motivi relativi alla gravidanza e in minor misura per effettuare visite ginecologiche di controllo; sembra quindi che il Consultorio non venga ancora vissuto in una logica preventiva. Un'altra richiesta ancora poco diffusa risulta quella riguardante i metodi contraccettivi.

Sembra quindi che in generale le donne straniere non partecipino ad attività preventive ma che utilizzino il servizio qualora si verifichi un problema o una situazione, la gravidanza per esempio, che necessita di cure dedicate.

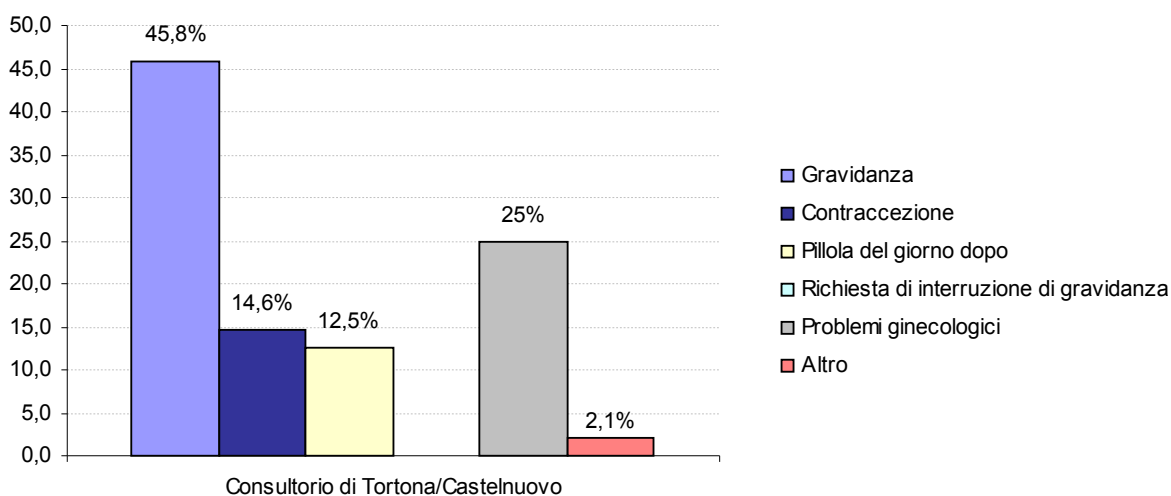
Ostetrica: "la richiesta principale riguarda la gravidanza, partendo dal test di gravidanza, molto meno sono le visite ginecologiche, almeno per quanto riguarda le donne soprattutto del Nord-Africa."

Ostetrica: "dal punto di vista delle assunzioni di abitudini di vita, di stili di vita, ci sono modificazioni molto lente anche per la cultura delle donne, sto parlando del Nord-Africa, per il discorso legato alla contraccezione, per loro da un punto di vista culturale è ancora difficile come approccio, però si sta molto modificando."

Ginecologa: "c'è molto poco la domanda sulla contraccezione; questo su tutte le donne straniere, non soltanto del Nord-Africa. E' molto poca in effetti la richiesta sull'informazione e sulla conoscenza che ci chiedono; cioè il motivo principale per cui vengono è il problema, cioè la situazione che si presenta, vuoi la gravidanza, vuoi il dolore pelvico, insomma situazioni; però insomma non c'è un accesso su una visita di controllo o su una richiesta di informazione."

Ostetrica: "le donne straniere, rispetto alle donne italiane, aderiscono anche molto meno al progetto di prevenzione, perché con lo screening vediamo che le straniere le devi quasi obbligare, loro vengono solo quando hanno il problema: l'IVG, la gravidanza o quando stanno male poi tutto è lasciato al caso."

Grafico 35 - Per quale motivo è in contatto con il servizio?



Quasi due terzi delle donne intervistate non si sono mai recate al servizio di riferimento in precedenza; poco più del 35% del campione l'ha invece già frequentato. Come si evince dalla tabella sottostante, tra le persone che hanno già frequentato il servizio, le motivazioni del primo accesso appaiono maggiormente collegate alla gravidanza con l'84% dei casi e in minore

parte a problemi ginecologici, con il 12%, e la contraccezione con il 4%. Sembra quindi che la prima gravidanza costituisca una spinta per entrare in contatto con i servizi sanitari rivolti alle donne che una volta conosciuti possono essere consultati per risolvere problemi di varia natura.

Grafico 36 - E' la prima volta che frequenta questo servizio?

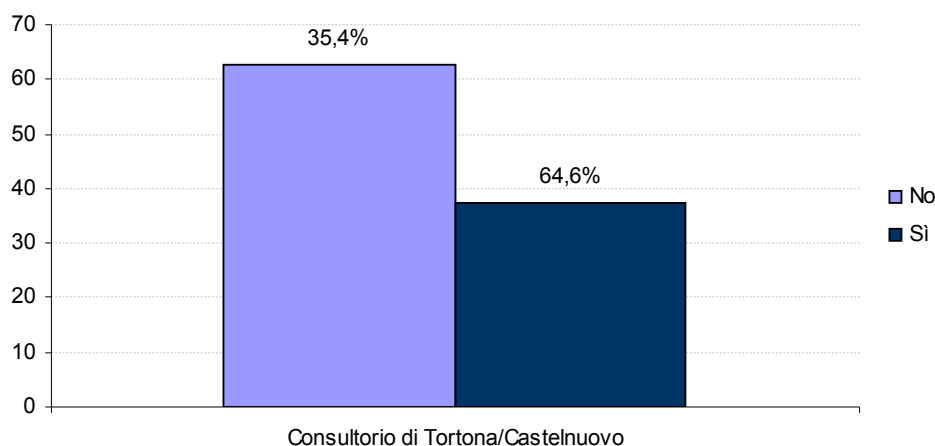
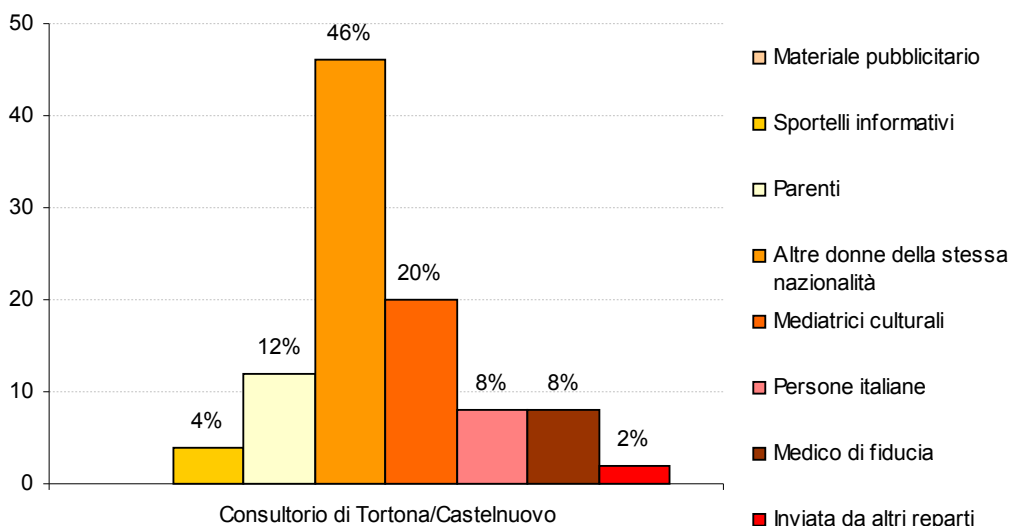


Tabella 9 - Se no, la prima volta che si è rivolta al servizio qual'era il motivo?

	% casi
Gravidanza	84,0
Problemi ginecologici	12,0
Contraccezione	4,0
Richiesta di interruzione di gravidanza	--

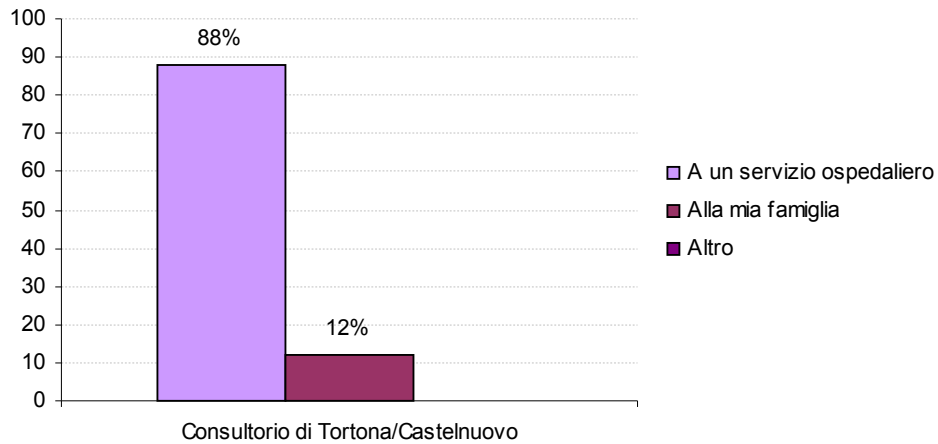
Un ruolo fondamentale nell'invio al servizio è stato svolto dal passaparola della rete etnica di appartenenza, donne quindi della stessa nazionalità, per il 46% dei casi. Le mediatrici culturali, nel 20% dei casi e la rete parentale nel 12% dei casi sono stati evidenziati come altri importanti canali di invio.

Grafico 37 - Come ha conosciuto il servizio?



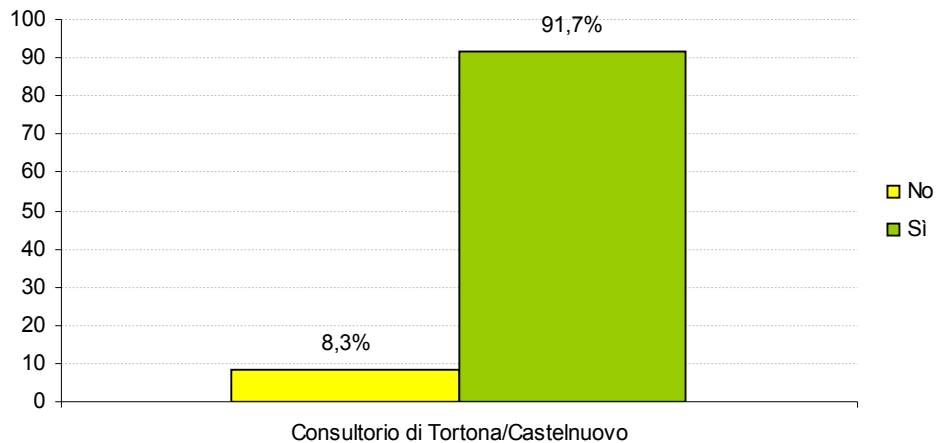
L'88% de situazione si sarebbe rivolta a un servizio ospedaliero mentre il 12% alla propria famiglia.

Grafico 38 - Se si fosse trovata nel suo Paese d'origine a chi si sarebbe rivolta in questa situazione?



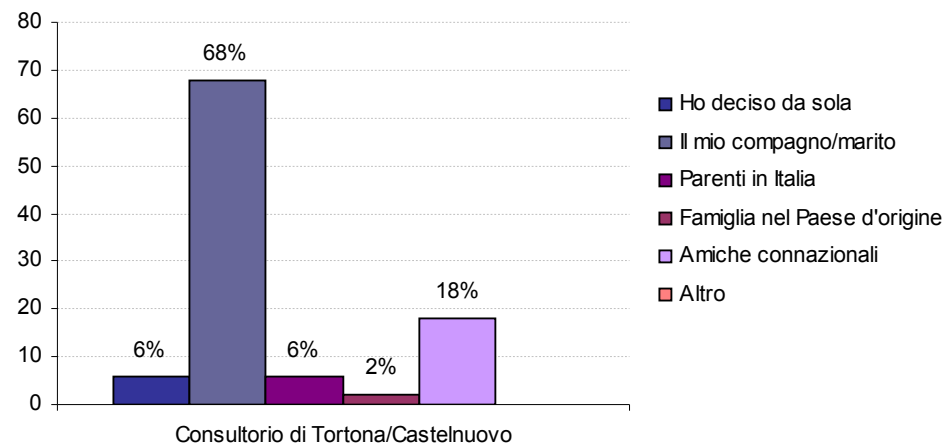
Più del 91% delle donne intervistate sostiene che nel proprio paese d'origine esistono dei servizi analoghi a quello che sta frequentando, mentre il poco più dell'8% dichiara che non ne esistano; precedenti ricerche (Dotti, Luci, 2008) evidenziano che nei paesi del Maghreb i centri che si occupano esclusivamente di salute al femminile non sembrano essere diffusi in modo omogeneo sul territorio e che attività di questo genere sembrano essere a volte effettuate presso gli ospedali pubblici e sono rivolte prevalentemente alla fase della gravidanza.

Grafico 39 - Nel suo paese d'origine esistono dei servizi analoghi a quello che sta frequentando?



La maggior
Consultorio
amiche con
donne stran

Grafico 40
q



farsi seguire
a scelta con
senza per le

a scelta con

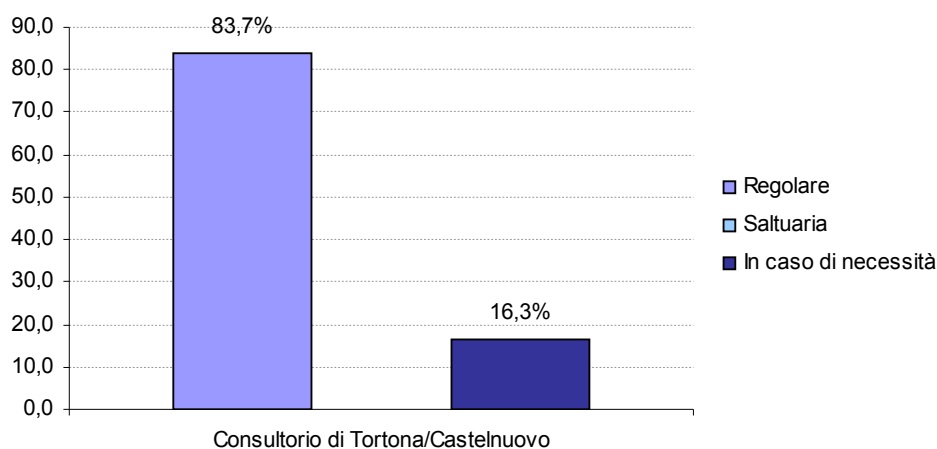
Più dell'83% delle donne intervistate sostiene di aver frequentato regolarmente il servizio mentre più del 16% dichiara di essersi recata al Consultorio solo in caso di necessità. Tutte le donne intervistate dicono di seguire le prescrizioni e/o i consigli che vengono loro indicati e in particolar modo quelli che riguardano la dieta alimentare e i comportamenti da seguire relativamente all'utilizzo dei metodi contraccettivi e ad alcuni esami specifici.

Le operatrici concordano nel dire che, come accennato in precedenza, quando c'è un motivo tangibile collegato o alla gravidanza o a una specifica richiesta, le donne si presentano alle visite in maniera abbastanza regolare e seguono quindi le prescrizioni che vengono loro date, probabilmente anche sotto la sollecitazioni dei familiari. Il discorso cambia con l'esaurirsi della situazione per la quale si sono recate al servizio; a quel punto sembra che sia molto difficile coinvolgerle in visite di controllo post parto o post IVG.

Ostetrica: "se parliamo delle donne che sono seguite dal consultorio in gravidanza siamo su altro ambito, perché hanno un discorso di cura da parte dei mariti che è sicuramente più forte, perché comunque i mariti delle donne arabe che sono gravide, a modo loro seguono insieme il percorso, per quello che possono perché giustamente sono molto impegnati."

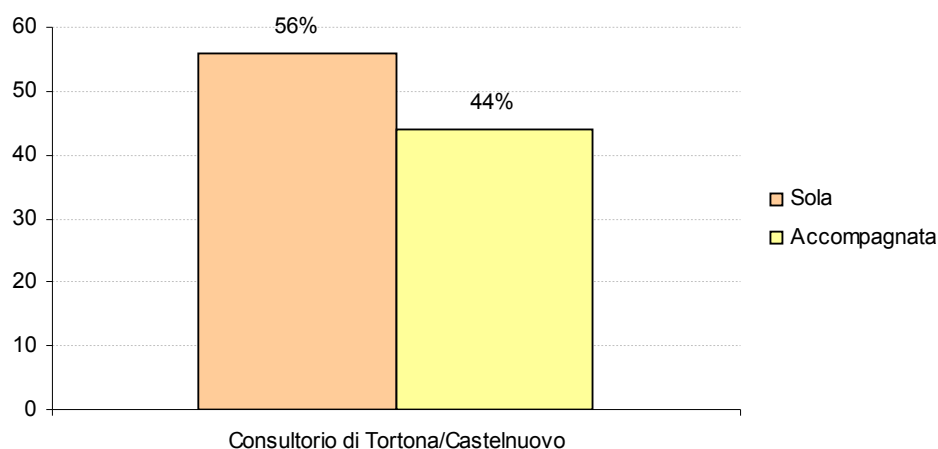
Ostetrica: "se proponiamo di continuare a venire per fare i controlli dopo che hanno avuto il bambino, no; anche dopo l'IVG difficilmente vengono a fare le visite; raramente."

Grafico 41 - Relativamente ai servizi seguiti la sua frequenza è stata:



Il 56% delle donne intervistate si presenta al Consultorio accompagnata dal compagno/marito o da un'amica e in casi più rari da altre figure parentali. Le donne che accedono sole sono il 44% del campione, un numero quindi abbastanza elevato, e può essere dovuto sia alla difficoltà di conciliare impegni di lavoro o personali sia dalla buona accessibilità del servizio territoriale.

Grafico 42 - Come si presenta al servizio?



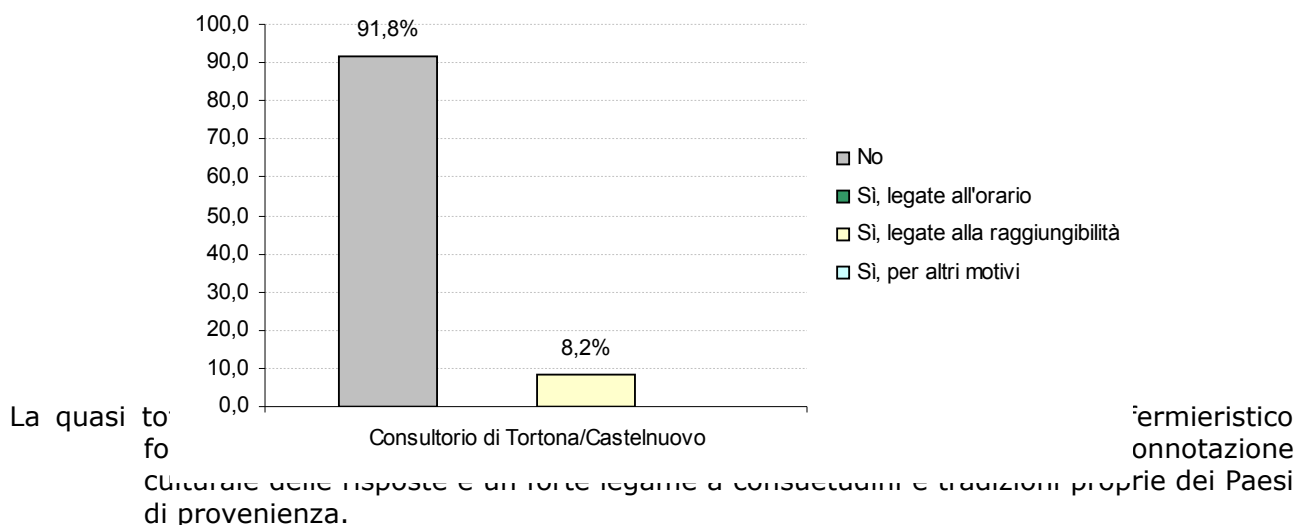
Per quello che riguarda la valutazione del servizio la stragrande maggioranza delle donne intervistate, quasi il 92%, sostiene di non aver avuto alcuna difficoltà nell'accedervi; solo poco più dell'8% del campione di riferimento segnala una difficoltà legata alla raggiungibilità del Consultorio.

Le operatrici sottolineano invece che forse gli orari di apertura possono costituire un impedimento nella fruizione del servizio di quella parte di utenza impegnata in attività lavorative che occupano la maggior parte della giornata.

Ostetrica: "forse loro vengono quando hanno bisogno e poi non vengono più perché sono badanti; hanno degli orari di lavoro non riescono anche per questo; per il bisogno prendono un'ora dalla signora che devono assistere, ma poi per un controllo no."

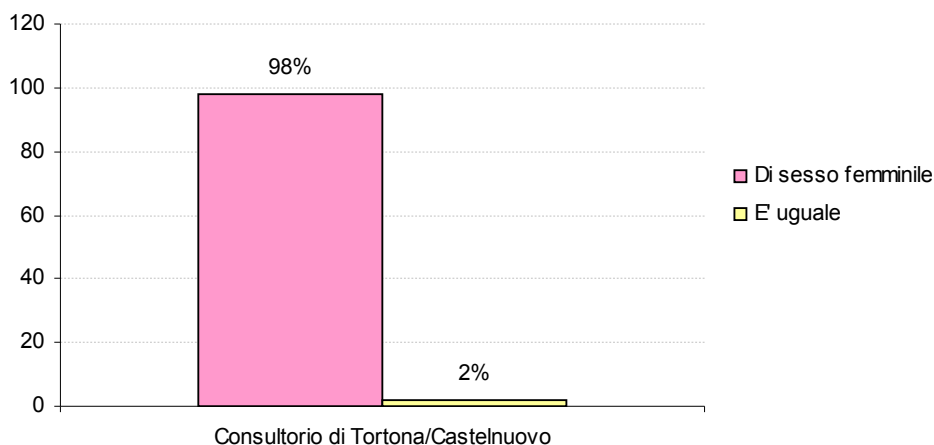
Ginecologa: "bisognerebbe interrogarci e vedere di trovare delle modalità diverse di prenotazione rispetto alle esigenze delle donne, magari facendo scegliere l'orario e cercando di inserirle in un altro modo."

Grafico 43 - Ha trovato difficoltà nell'accesso al servizio?



Culturale delle risposte e un forte legame a consuetudini e tradizioni proprie dei Paesi di provenienza.

Grafico 44 - Preferisce che il personale medico/infermieristico sia



Per quello che riguarda la valutazione delle difficoltà di comunicazione incontrate con il personale sanitario il campione sembra particolarmente spaccato: il 58% infatti dichiara di aver trovato delle difficoltà mentre il 42% sembra non averne avute.

Le donne provenienti dal Maghreb sono da sempre una parte della popolazione immigrata che presenta significative problematiche linguistiche anche per il modello migratorio che le caratterizza: raramente infatti vengono in Italia con un progetto migratorio personale, la loro è solitamente una migrazione subalterna alla scelta maschile di partire ed è quindi inserita in un progetto familiare di ricongiungimento che non sempre vede la loro immediata integrazione sul territorio, fatto che generalmente comporta una più tardiva acquisizione della lingua italiana. Va inoltre ricordato che un numero non trascurabile di donne, il 36% del campione, è giunto in Italia dopo il 2007 e quindi da meno di un anno (Grafico 2), fattore che può essere sufficiente a spiegare le difficoltà di comunicazione incontrate.

Abbiamo chiesto alle persone di argomentare in poche parole la risposta fornita: le difficoltà maggiori le incontrano le donne che hanno una conoscenza scarsa della lingua italiana, mentre le persone che sembrano non avere avuto alcuna difficoltà dicono di conoscere bene l'italiano anche grazie alla frequenza di corsi specifici in Italia.

Le persone che hanno incontrato delle difficoltà di comunicazioni hanno cercato di superarla chiedendo aiuto alla persona che le accompagna al Consultorio o alla mediatrice culturale presente nel servizio.

La difficoltà di comunicazione viene percepita come fattore critico che va a influenzare la qualità dell'assistenza offerta anche per le operatrici del Consultorio; difficoltà di comunicazione che assume delle connotazioni etniche differenti e che in alcuni casi può essere strumentalizzata per sottrarsi agli esami o a parti del percorso di cura meno gradite.

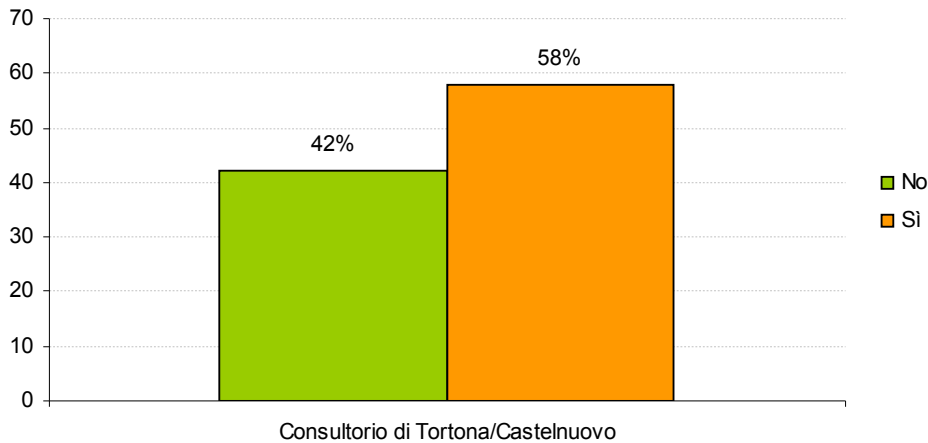
Infermiera: "sicuramente non riusciamo a farci capire, infatti la presenza della mediatrice è importantissima. Tante volte è probabile che loro sfruttino anche questa cosa in base al loro modo di essere; a volte fanno finta di non capire quello che gli si propone e gli si dice quindi che è il problema principale. I rumeni probabilmente hanno meno difficoltà di linguaggio e di comprensione; probabilmente riescono a capire."

Le operatrici sottolineano che più spesso con le donne provenienti dall'Est europeo incontrano delle difficoltà di relazione e per così dire di "compliance al percorso di cura": spesso infatti arrivano al servizio con un'idea predefinita che non sempre corrisponde alla realtà e che però è spesso difficile modificare.

Ginecologa: "le donne dell'Est europeo sono molto strutturate, sanno esattamente quello che vogliono e non sono disponibili a contrattare quella che è la loro richiesta; l'Albania molto meno, ma le donne della Romania e soprattutto dell'Ucraina, della parte dell'ex Unione Sovietica, sanno esattamente ciò che vengono a chiedere, vogliono quello, non più e non meno di quello, quindi

non sono disponibili a ribaltare i problemi e a trovare delle soluzioni che magari non sono quelle che si erano prospettate in relazione a questo.”

Grafico 45 Ha trovato difficoltà di comunicazione con il personale sanitario?



Tutte le donne intervistate pensano che la mediatrice culturale sia una presenza utile all'interno del Consultorio anche se con modalità diverse: il 34% delle donne intervistate infatti pensa che sia una presenza utile in generale; mentre il 16% sostiene che sia utile solo per parlare con il personale medico e quindi per facilitare la comprensione delle prescrizioni consigliate; il 50% del campione sostiene che sarebbe utile che fosse presente a orari e giorni fissi così da poter costituire un utile punto di riferimento all'interno del servizio di riferimento.

Le operatrici sottolineano che la mediazione culturale costituisce un ambito d'intervento che negli ultimi 4 anni è stato oggetto di un grosso investimento da parte della struttura perché costituisce un nodo cruciale per l'aggancio e la presa in carico dell'utenza straniera: la mediazione non è solo mera traduzione linguistica ma riesce a creare un diffuso sentimento di accoglienza e questo fa sì che le donne arabe si sentano a loro agio e trovino uno spazio dove portare vissuti ed emozioni che difficilmente troverebbero posto altrove; la presenza continuativa di una mediatrice culturale può servire quindi a facilitare la creazione di un clima di fiducia.

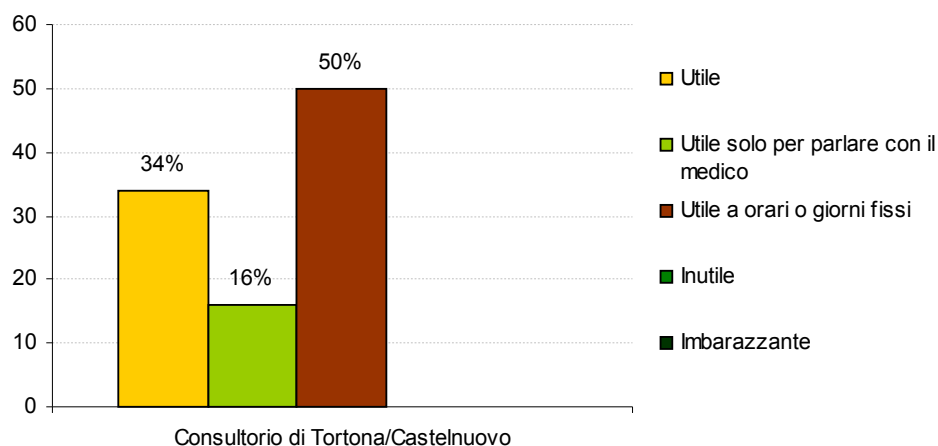
Appare più complesso il caso delle donne provenienti dall'Est europeo con le quali sorgono minori difficoltà linguistiche ma rilevanti difficoltà di comunicazione e di reciproca comprensione. In questo senso parallelamente alla mediazione culturale andrebbero potenziate le competenze degli operatori sanitari.

Ostetrica: "per quanto riguarda la mediazione di lingua araba, sicuramente è fondamentale, sia per un discorso linguistico puro e semplice anche perché le accompagnano i parenti che spesso hanno una competenza linguistica dell'italiano, però non sempre sono disponibili perché di solito sono lavoratori e quindi fanno fatica proprio ad aver un ruolo di accompagnamento nei confronti della moglie. A noi serve molto avere la mediatrice proprio per un discorso di comprensione linguistica, per un problema di possibilità di comunicazione diretta con una persona perché comunque il marito fa una mediazione diversa da quella che può fare la mediatrice, considerando che le donne, principalmente le donne di lingua araba, che noi seguiamo sono donne che stanno a casa. Per le donne dell'Est io personalmente non mi sono trovato con problemi grossi dal punto di vista della lingua, sicuramente non è così facile comunicare con persone che hanno già una determinazione nel modo in cui si avvicinano al servizio. Ho più difficoltà con le donne dell'Est Europa non dal punto di vista linguistico, ma piuttosto appunto di comunicazione."

Mediatrice culturale: un riscontro c'è, nel senso che ci sono più donne presenti rispetto agli anni passati; io vedo come in un giorno che sto qui le donne vengono, si rivolgono al servizio e hanno un punto di riferimento; vengono perché trovano una persona, non è proprio perché c'è la traduzione, perché si sentono a loro agio.

Ostetrica: "il problema che mi pongo è proprio come operatore; non vedo la necessità del mediatore culturale con le donne dell'Est, penso che questa sia la difficoltà di cercare di trovare il modo di entrare in contatto con persone che vengono qui con un tipo di richiesta; noi dobbiamo trovare il modo di far passare il messaggio che comunque il nostro servizio è disponibile a dar loro delle risposte; far passare il messaggio che il ruolo dell'operatore del consultorio non è sempre quello di soddisfare una richiesta già determinata e definita."

Grafico 46 - La presenza della mediatrice culturale nel servizio è:



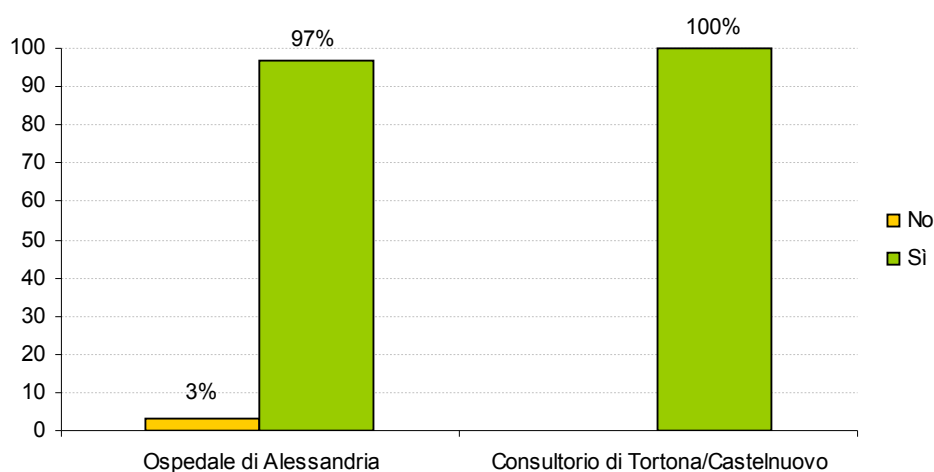
5. L'assistenza sanitaria generale

L'ultima parte del questionario era invece dedicata a rilevare la situazione sanitaria generale del campione di riferimento al fine di comprendere il livello di conoscenza del sistema sanitario vigente nel nostro Paese. Come sottolineato in apertura gli stranieri regolarmente soggiornanti sul territorio italiano, hanno infatti l'obbligo di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale e conseguentemente hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani.

Al momento dell'iscrizione al SSN hanno la possibilità quindi di scegliere un medico di famiglia e un pediatra di riferimento.

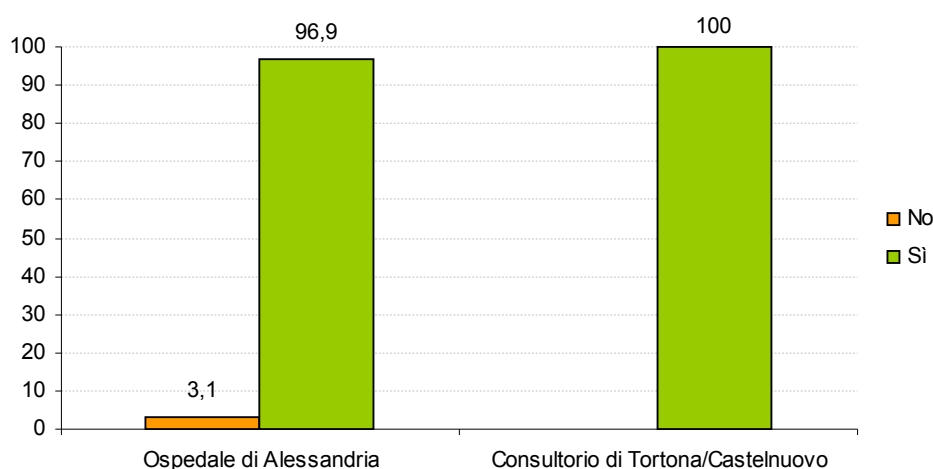
Come si evince dal grafico successivo la quasi totalità del campione su entrambi i territori ha un medico di base.

Grafico 47 - Ha un medico di base?



Quasi tutte le donne intervistate si sono già rivolte al loro medico di base per svariati motivi: per farsi compilare le impegnative che permettono lo svolgimento degli esami, legati o meno alla gravidanza, o per la necessità di avere le ricette che permettono l'acquisto di farmaci di vari natura.

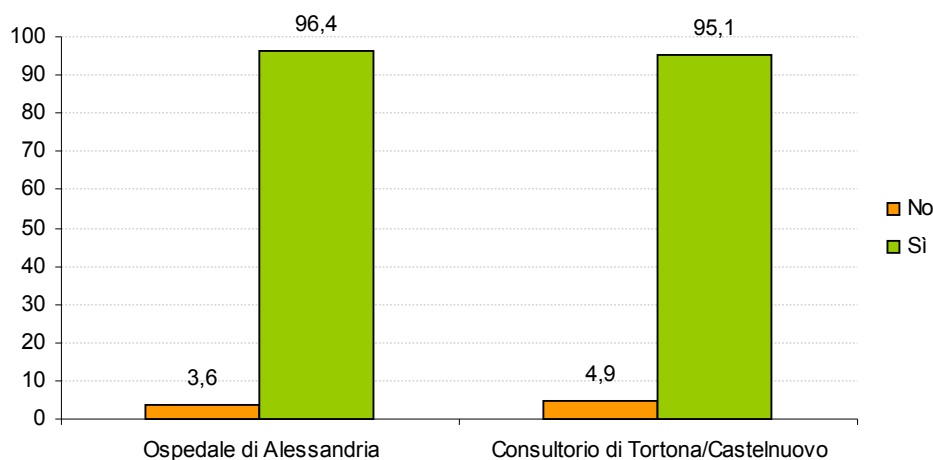
Grafico 48 - Si è mai rivolta al suo medico di base?



Molte delle donne intervistate, più del 96% ad Alessandria e circa il 95% a Tortona, sono a conoscenza della possibilità di scegliere un pediatra di riferimento. La maggior parte l'ha saputo proprio dal medico di famiglia che sembra quindi un'utile fonte di informazione e di orientamento all'interno delle possibilità offerte dai servizi. Alcune donne sono venute a conoscenza di questa possibilità dal "tam tam" di amiche connazionali e parenti che hanno prima di loro avuto un figlio.

In generale, le donne intervistate che sono già diventate mamme hanno anche già effettuato la prima visita dal pediatra per effettuare i controlli periodici sul bambino e per ricevere informazioni riguardanti le vaccinazioni da eseguire.

Grafico 49 - E' a conoscenza del fatto che può scegliere un pediatra di riferimento?



6. La voce delle donne

Gica : "io sono venuta appena ho ricevuto i documenti, prima avevo un po' di paura di venire."

Viola: "io fino a novembre non ho avuto i documenti e non sapevo di poter andare in ospedale o da un'altra parte a fare visite..."

Gica: "chiedevano la tessera sanitaria, anche se non ti denunciava nessuno."

Dana: "anche con la nuova legge?"⁷

Gica: "speriamo che non ci denunciano!"

(Gica, romena, in Italia da qualche anno, Viola, romena, in Italia da un anno, Dana, romena, in Italia da 6 anni)

Il dialogo riportato tra tre donne romene sottolinea quanto la condizione giuridica costituisca una discriminante importante per l'accesso ai servizi sanitari rivolti alle donne; appare infatti evidente la riserva che le donne intervistate esprimono nel recarsi presso una struttura sanitaria, nonostante la legislazione in vigore garantisca l'anonimato e la tutela per chi, in una condizione giuridica irregolare, si fosse rivolto a un servizio sanitario; legislazione che oggi sta subendo una modifica e una possibile restrizione in tal senso e che quindi probabilmente andrà ancora più massicciamente a incidere sugli accessi e sulla fruizione di percorsi di assistenza e cura.

Fa specie che il dialogo avvenga tra tre cittadine comunitarie la cui presenza risulta quindi maggiormente tutelata rispetto alle cittadine extracomunitarie ma forse questo non basta a rassicurare le donne intervistate rispetto a una sempre maggiore pressione mediatica che tende a precarizzare la loro permanenza in Italia.

I racconti delle donne confermano in generale quanto emerso in precedenza; nella maggior parte dei casi le donne di origine marocchina, entrano in contatto con i servizi in contemporanea alla prima maternità o ai problemi ad essa correlati, come la possibilità di un aborto spontaneo; più spesso invece le donne provenienti dall'Est europeo si sono recate per la prima volta al consultorio per effettuare dei controlli ma anche per richiedere spiegazioni e prescrizioni relativamente all'utilizzo di metodi contraccettivi.

Fatma_marocchina: "sono andata per la gravidanza, 4 o 5 anni fa avevo fatto un aborto spontaneo."

Gica_romena: "io avevo un problema con la spirale che si era infettata, allora per un bel po' di tempo sono venuta qui, per tutto, per il trattamento; poi mi hanno chiamato per il pap-test e vengo in Consultorio tutte le volte che ho bisogno, non ci sono problemi."

Le donne intervistate sono venute a conoscenza dell'esistenza dei servizi sanitari rivolti alle donne da differenti canali, alcune hanno trovato dei volantini con il numero di telefono di riferimento, altre tramite il passaparola della rete amicale e in alcuni casi vengono inviate dal medico di fiducia.

Camelia_romena: "io tramite il medico di famiglia, quando ho ricevuto i documenti sono andata all'ASL mi sono iscritta e il medico di famiglia mi ha detto: "per problemi ginecologici puoi andare al Consultorio.""

Gica_romena: "abbiamo trovato dei volantini con il numero di telefono, abbiamo chiamato, anche attraverso il progetto che è stato fatto per l'interruzione della gravidanza, tramite quei questionari che abbiamo compilato, tramite il passaparola."

In generale le donne intervistate sostengono che l'accesso ai servizi non presenta grosse difficoltà; da alcuni racconti di donne provenienti dal Marocco emergono invece dei problemi legati alla comprensione di quanto viene prescritto dal personale sanitario che sembra abbia influenzato l'assistenza di cui hanno usufruito. Da questo punto di vista la situazione sembra migliore per le donne provenienti dall'Est europeo che segnalano minori problematiche legate alla comprensione linguistica.

⁷ Il focus group si è svolto nel mese di febbraio 2009 periodo in cui era già stata presentata la proposta di modifiche alla normativa che regola l'immigrazione.

Aisha_marocchina: "quando ho fatto la prima figlia tante cose non le ho fatte; non mi hanno detto che dovevo fare delle cose, l'ecografia l'ho fatta solo 3 volte, alcuni esami li ho fatti solo una o due volte. Poi quando sono venuta qui [Ospedale]mi hanno detto che mi mancavano tante cose e mi hanno chiesto chi mi aveva seguita e io ho detto che ero stata seguita qui, in ospedale."

Fatma_marocchina: "certe volte il problema è più di comunicazione, magari viene una donna che si fa capire e capisce, ma magari vengono tante donne che non sanno parlare e che i mariti non capiscono la lingua e si trovano davanti dei medici che gli chiedono di fare delle cose e loro non sanno come fare e poi quando tornano non hanno fatto le cose giuste e magari dopo è passato troppo tempo e non si può fare e non possono intervenire e il problema se c'è diventa ancora più grave."

Gica_romena: "io sono venuta all'inizio accompagnata da una mia amica, poi con il tempo ho imparato l'italiano, ma all'inizio era una mia amica che veniva in ospedale con me quando facevo le visite, proprio all'inizio. Se non capisci si chiede di nuovo spiegazione e poi alla fine si riesce."

Anche per queste diversità la percezione della necessità e del ruolo che una mediatrice culturale potrebbe avere all'interno di un servizio sanitario risultano differenti all'interno delle diverse etnie rappresentate. Le donne provenienti dal Marocco infatti sostengono che il ruolo della mediatrice culturale sarebbe importante non solo da un punto di vista linguistico ma anche e soprattutto per dare delle informazioni che alcune donne non hanno e che spesso il personale medico tende a dare per scontato.

Fatma_marocchina: "certe volte incontri delle donne che non sanno neanche cosa vuol dire, che non sanno nemmeno se si possono fare o no delle cose. A volte in Marocco, specie in campagna, le donne scoprono di essere incinta dalla suocera che dice: "ma mi sembri incinta" e poi nel momento del parto scoprono di stare partorendo. Non sanno che i primi tre mesi sono rischiosi e si potrebbe perdere il bambino. Tante donne non lo sanno, io qui ho parlato con tante donne che magari era la prima volta che rimanevano incinte e non lo sapevano. Ci sono i consigli dei medici e delle infermiere, poi io sono una che fa tante domande, poi parlo tantissimo con gli infermieri, chiedo sempre consigli e informazioni. Poi magari una non sa nemmeno come chiederle, le persone che parlano tanto magari chiedono, se ce n'è una timida, come si fa se non parla. Se ci sono le mediatrici culturali, se ci sono delle persone timide che non chiedono diamo un consiglio lo stesso anche se non chiedono."

Anche donne provenienti dall'Est europeo sottolineano la necessità della presenza di una mediatrice culturale soprattutto per le donne che sono in Italia da poco ma anche per avere un sostegno nell'espletamento di pratiche burocratiche di varia natura.

Gica_romena: "più che altro per le persone che arrivano adesso; per noi all'inizio sarebbe stato meglio avere un mediatore, adesso va bene se ci sono, aiutano le persone che arrivano adesso in Italia e che non sanno parlare l'italiano e non lo riescono a capire. Adesso io faccio da sola, ci sono momenti anche adesso che io sto per presentare la domanda per la cittadinanza che ho bisogno di una persona che mi aiuti a compilare questi fogli, che certe cose riesci a capirle, certe cose magari non le capisci nel modo giusto e allora non le compili bene. Allora un piccolo aiuto è benvenuto sempre."

Abbiamo chiesto alle donne coinvolte nel focus group di raccontarci come funzionano i servizi sanitari rivolti alle donne nei loro rispettivi Paesi di origine perchè questo ci sembrava un nodo cruciale nel capire le presunte difficoltà di accesso e di fruizione degli stessi servizi.

Le donne provenienti dalla Romania sottolineano che nel loro Paese di origine esistono dei servizi analoghi a quello consultoriale a cui si possono rivolgere per effettuare esami e visite. Nel periodo comunista la contraccezione e l'interruzione volontaria di gravidanza erano vietate perchè la propaganda imponeva di fare figli poiché il partito doveva crescere. Successivamente l'interruzione di gravidanza è stata resa legale, ma sembra non sostenuta da una campagna informativa adeguata.

Gica_romena: "diciamo che dopo la rivoluzione, prima non c'era il Consultorio, mi sono rivolta; perchè io avevo già dei figli e non volevo più averne altri, allora mi sono rivolta a un Consultorio che si chiamava tipo "pianificazione familiare", allora loro mi hanno detto di fare gli esami e mi hanno consigliato la spirale; è la gente che non si rivolge, le donne che non hanno capito che è

meglio invece di fare un'interruzione di gravidanza che è meglio prevenire e non tutte si rivolgono; più che altro quelle che vivono in campagna che non conoscono."

Dana_romena: "quando c'era il comunismo non si poteva parlare di contraccezione, non si trovava niente di contraccezione poi dopo sono arrivati questi... Non c'è tanta informazione."

Le donne marocchine sottolineano come i servizi sanitari rivolti alle donne siano presenti ma offrano prestazioni molto più limitate rispetto a quelli presenti in Italia; la situazione sembra poi molto frammentata tra un servizio pubblico che offre solo le prestazioni di minima e un servizio privato che offre un'ampia gamma di prestazioni che però risulta inaccessibile alla maggior parte della popolazione per una questione di costi.

Fatma_marocchina: "io so da mia sorella che in quello pubblico normale non fanno questa cosa di seguire la donna dall'inizio della gravidanza; lei ha avuto sei bambini e mi ha detto che si ha fatto qualche analisi però forse ha pagato un ticket o qualcosa del genere. Mio ricordo che lei, io ero bambina, lei è rimasta in casa e ha partorito in casa, quindi lei non ha mai avuto bisogno dell'ospedale non l'ha neanche visto lei. Alla terza ha avuto dei problemi, non so cosa, forse delle perdite e allora è andata all'ospedale e forse le hanno fatto qualche esame, solo se hanno dei problemi vanno all'ospedale. Se hai la possibilità allora vai da un medico privato, paghi e lui ti segue dall'inizio alla fine. Però ci sono tante, l'80% delle donne che rimangono incinte che fino alla fine stanno a casa e la maggior parte delle donne partoriscono presto. Da noi succede così, noi siamo indietro, purtroppo, si sta muovendo qualcosa, ma è 10 anni che non vivo là e ti parlo di un sistema che ho abbandonato nel '99, però mia sorella i primi due li ha partoriti in casa come altre donne."

Aisha_marocchina: "qui non ci sono più le levatrici che vengono a casa, da noi sì."

Sembra quindi che un punto nodale sia il fornire informazioni alla popolazione immigrata sui servizi sanitari rivolti alle donne in generale sia all'interno degli stessi servizi predisponendo quindi la presenza di figure professionali che facilitano la comunicazione e l'interpretazione dell'universo culturale di riferimento.

Fatma_marocchina: "se c'è una donna che non ha il coraggio di venire all'ospedale perché non sa una parola, se scopre che qua c'è una mediatrice culturale e che ha la possibilità di capire e di comunicare con un medico tramite una che sa la lingua, magari avrà coraggio per venire."

Camelia_romena: "bisogna pubblicizzarli di più perché alcuni non lo sanno."

In conclusione

Le donne incontrate presso l'Ospedale di Alessandria e presso il Consultorio di Tortona e Castelnuovo appartengono a gruppi culturali differenti. Principalmente sono donne che provengono dal Maghreb e dall'Est Europa, le prime arrivano spesso a seguito del marito mentre le seconde in alcuni casi emigrano da sole o comunque con un proprio progetto di emancipazione sociale. La quasi totalità si trova in condizioni di regolarità. Quasi tutte le donne intervistate sono arrivate direttamente in Italia e solo in rari casi sono presenti precedenti esperienze migratorie o all'interno dello stesso Paese d'origine o in altri paesi europei. In tutti e due i servizi più della metà del campione ha meno di 30 anni, presso l'Ospedale di Alessandria le donne sono però più giovani rispetto a quelle che affluiscono presso il Consultorio di Tortona. Le donne incontrate sono in maggioranza coniugate ed hanno figli. La loro presenza sul territorio alessandrino sembra essere abbastanza radicata nel tempo anche se in misura variabile.

Per le donne incontrate i servizi sanitari di riferimento offrono prevalentemente assistenza medica per portare avanti la gravidanza e in secondo luogo per la maggior parte di loro offrono possibili risoluzioni a problemi di salute ed eventuali prescrizioni di farmaci. Nel rilevare le aspettative delle donne immigrate si evidenzia fin da subito una criticità probabilmente imputabile a diversi universi culturali di riferimento, solo infatti per una piccola parte del campione intervistato nei servizi sanitari rivolti alle donne si possono trovare anche altre forme

di sostegno come quello psicologico o sociale o anche solo informazioni specifiche. Sembra quindi che le donne incontrate non siano a conoscenza di tutte le attività offerte dal consultorio familiare né delle professionalità presenti al suo interno, compresa quella dello psicologo.

Per le donne incontrate, la motivazione principale riguardo all'accesso al servizio di cui erano utenti, l'Ospedale di Alessandria e il Consultorio di Tortona quindi, sembra essere la gravidanza, solo poche donne accedono per richiedere visite ginecologiche di controllo. L'accesso per interruzione di gravidanza viene esplicitato da un numero minimo di donne anche se le operatrici sostengono che è una pratica molto utilizzata dalle donne dell'Est Europa come metodo contraccettivo. Sembra che ci sia una scarsa partecipazione di questo specifico target alle attività di prevenzione e di screening sul territorio.

Per quanto riguarda l'inviante al servizio un ruolo fondamentale è svolto dalla rete familiare e amicale, in particolar modo per le donne maghrebine intercettate presso il Consultorio; tra le donne intervistate presso l'ospedale di Alessandria un inviante importante è il medico di base seguito da persone italiane conosciute.

La maggior parte delle donne intervistate dichiara che nei rispettivi Paesi di origine esistono servizi analoghi a quelli presenti in Italia anche se poi dai racconti di alcune di loro emergono differenze sostanziali riguardo ai percorsi di assistenza e di cura offerti.

In generale, emerge un buon livello di soddisfazione in relazione alle esperienze di assistenza e di aiuto vissute con il consultorio e l'Ospedale. Le maggiori difficoltà, soprattutto presso il Consultorio di Tortona, sono legate alla comunicazione con il personale sanitario. Alcune donne hanno evidenziato esperienze negative con i professionisti perché non sarebbero state loro fornite spiegazioni adeguate sulla prescrizione di alcuni esami e informazioni complete su alcune possibili patologie. L'impressione di alcune donne è che certe informazioni non siano trasmesse in modo chiaro ed esaustivo poiché ritenute scontate dagli operatori, o parte di un patrimonio di conoscenze appartenente alle donne italiane. La comunicazione con il personale medico sembra essere più difficoltosa per le donne provenienti dal Maghreb piuttosto che per le donne provenienti dall'Europa delle Est con cui però, a detta delle operatrici, si verificano più spesso problematiche di natura relazionale.

Tutte le donne intervistate hanno sottolineato positivamente la presenza di una mediatrice culturale che possa fornire non solo un sostegno linguistico ma anche e soprattutto "*il metissage*" culturale attenuando quindi le distanze e smorzando il senso di estraneità.

La maggior parte dei suggerimenti forniti dalle donne riguarda quindi la rimozione degli ostacoli di natura linguistica tenendo conto delle specificità legate alle diverse connotazioni etniche; le richieste riguardano quindi una maggior presenza della mediatrice linguistico-culturale, la produzione di materiale informativo tradotto, l'organizzazione di incontri tematici all'interno dei servizi ma anche una maggiore informazione a livello territoriale attraverso la distribuzione di volantini in diverse lingue.

Della stessa opinione sono le operatrici che lavorano all'interno dei servizi che esprimono anche la necessità di ricevere una formazione adeguata e continuativa sul fenomeno.