

AMI

RIVISTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANTROPOLOGIA MEDICA

35-36
ottobre 2013



Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute - Perugia

ARGO

Direttore: Tullio Seppilli (*presidente* della SIAM, *presidente* della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia), già ordinario di antropologia culturale nell'Università di Perugia)

Gravidanza, parto, puerperio in un contesto d'immigrazione: un approccio antropologico per la calibrazione culturale dei servizi socio-sanitari

Michela Marchetti

“perfezionata” in antropologia medica nella Università degli studi Milano Bicocca / collaboratrice di ricerca nella Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia)

[michela@mac.com]

Chiara Polcri

dottore di ricerca in Metodologie della ricerca etno-antropologica (Università degli studi di Siena - Università degli studi di Perugia - Università degli studi di Cagliari) / ricercatrice nella Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia)

[polcri@antropologiamedica.it]

1. Contesto della ricerca e questioni di metodo

È ormai ampiamente condivisa la necessità di orientare i servizi socio-sanitari sulla base di un approccio centrato sulla persona che tenga conto delle soggettività, della multiformità delle esperienze, della complessità dei vissuti. E tale esigenza appare ancora più urgente in relazione a larga parte dell'utenza immigrata che, in molti casi, pone di fronte ad alcune ormai note tematiche – quali differenze linguistiche e socio-culturali, difficoltà legate alle condizioni materiali di esistenza, mutamenti socio-relazionali connessi alla migrazione – che in qualche misura condizionano le relazioni terapeutiche e orientano i percorsi di salute e malattia (SEPPILLI T. 2000: 35-40). La progressiva “femminilizzazione” che sta caratterizzando negli ultimi anni i flussi migratori⁽¹⁾, inoltre, ha determinato un proporzionale aumento del numero di donne immigrate che si rivolgono ai servizi sanitari e che ne sono fruitrici soprattutto per i bisogni legati alla salute riproduttiva. Si configura così la necessità di riflettere ulteriormente su come organizzare sempre più efficaci percorsi di inclusione per favorire

una effettiva interazione tra servizi e donne immigrate, con particolare attenzione anche alla salute materno-infantile.

Entro tale quadro è stato ideato e realizzato il progetto *Percorsi di accompagnamento e sostegno alla genitorialità a partire dalla gravidanza: un approccio antropologico*, condotto dalla Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute su incarico della USL n. 8 della Regione Toscana (Arezzo)⁽²⁾, il cui obiettivo generale è stato quello di elaborare modelli di risposta alle principali questioni problematiche connesse all'esperienza della gravidanza, del parto e del puerperio e alle criticità rilevate dagli operatori soprattutto in relazione all'utenza straniera. La scelta di tale ambito tematico è stata dettata dall'urgenza di avviare una riflessione intorno alla complessa questione del rapporto tra le donne immigrate e i servizi preposti alla gestione della gravidanza, del parto e del puerperio; questi, infatti, sono ampiamente interessati dall'incremento della immigrazione femminile che ha coinvolto la provincia di Arezzo e l'intera Toscana, determinando un significativo e rapido aumento dell'utenza in area materno-infantile⁽³⁾. A differenza, infatti, delle donne italiane, che ricorrono molto più frequentemente all'assistenza medica e ostetrica privata, la maggior parte delle donne immigrate è seguita, durante la gravidanza, da operatori di consultorio⁽⁴⁾.

Il progetto, che si è svolto tra il 2010 e il 2011, è stato realizzato nell'ambito di una specifica proposta formativa rivolta a tutti gli operatori di ospedale e consultorio coinvolti a vario titolo nel percorso, appunto, di gravidanza, parto e puerperio (ginecologi, ostetriche, infermieri, psicologi, assistenti sociali) ed è stato condotto attraverso una metodica caratterizzata dalla costante intersezione tra il piano della formazione, quello della ricerca e quello "più operativo" dell'intervento. Attraverso il continuo coinvolgimento e confronto con gli operatori che hanno preso parte alla formazione, è stata infatti compiuta una indagine in profondità che ha avuto l'obiettivo di far emergere le principali criticità percepite dalle donne e dagli operatori, i cui esiti hanno rappresentato la piattaforma di partenza per individuare specifiche e calibrate strategie di intervento. L'indagine è stata condotta utilizzando le tecniche di rilevazione proprie della ricerca qualitativa (osservazione sul campo, colloqui in profondità, focus group) ed è stata condivisa in vario modo e nelle sue progressive fasi con tutti gli operatori coinvolti nel progetto. A seguito di una riunione di avvio con i responsabili di ogni settore per presentare il lavoro, condividerne la metodica e definire ulteriormente il quadro del problema, è stato organizzato un primo seminario collettivo aperto a tutte le figure

professionali coinvolte, che ha rappresentato un'ulteriore occasione per riflettere su alcune questioni problematiche già individuate e raccogliere utili indicazioni per la calibrazione degli strumenti di indagine. In questa fase sono stati identificati i gruppi target di donne da coinvolgere nel progetto, selezionati all'interno delle comunità immigrate percepite come maggiormente "problematiche" dagli operatori del distretto aretino, sulla cui area si focalizzava la ricerca di campo⁽⁵⁾. Si è pertanto scelto di svolgere l'indagine con donne provenienti dal Bangladesh⁽⁶⁾, dal Maghreb, dall'area sub-sahariana, e anche con donne italiane⁽⁷⁾. Con loro sono stati condotti colloqui in profondità che hanno visto anche la partecipazione di alcuni mariti, soprattutto nel caso di coppie maghrebine e bangladeshi; inoltre, ci si è avvalsi dell'ausilio della mediatrice linguistico-culturale proveniente dal Bangladesh che svolge servizio presso il distretto aretino della USL 8, soprattutto laddove si presentavano problematiche legate ad una scarsa conoscenza della lingua italiana. I colloqui sono stati condotti, oltre che dai ricercatori antropologi, anche da alcuni degli operatori coinvolti nel progetto (una ginecologa, una ostetrica, due infermiere e una assistente sociale) con i quali è stato realizzato uno specifico percorso formativo sulle tecniche di indagine proprie della ricerca qualitativa e in particolare, appunto, sullo svolgimento di colloqui in profondità, sulla costruzione dei relativi strumenti di indagine e sulle tecniche di trascrizione dell'intervista. Con il loro attivo contributo, quindi, è stato realizzato anche il temario semi-strutturato impiegato nei colloqui con le donne, colloqui in parte deregistrati, poi, dagli stessi operatori⁽⁸⁾. Oltre a garantire una preziosa collaborazione nello svolgimento dell'indagine, tale esperienza si è rivelata particolarmente significativa sul livello formativo poiché, attraverso l'incontro con "l'altro" sul piano della comunicazione in profondità, essa ha chiaramente facilitato, nei professionisti coinvolti, l'adozione di un approccio sensibile alla complessità e ai vissuti della persona, e ha promosso così l'acquisizione di competenze orientate alla valorizzazione della soggettività del paziente e alla costruzione di una sempre più efficace comunicazione/relazione tra paziente e operatore.

Durante l'indagine, inoltre, sono stati condotti, dai ricercatori antropologi, colloqui in profondità anche con alcuni operatori sanitari nonché focus group con i componenti del percorso formativo. Infine, è stata svolta osservazione partecipante presso il consultorio di Arezzo (al momento della prima accoglienza con le infermiere, durante le visite con il ginecologo, negli spazi per le attività di sostegno all'allattamento) e presso l'ospedale (nel reparto di ostetricia, in sala parto, nella nursery). Quanto via via emerso nel corso della ricerca, e in genere del progetto, è stato

costantemente condiviso e problematizzato insieme a tutti gli operatori coinvolti nella formazione durante specifici seminari collettivi, organizzati, oltre che nello stadio iniziale del lavoro, anche in una fase intermedia e poi al termine dell'intero percorso.

Infine, gli esiti della ricerca sono stati portati all'attenzione di un'equipe multidisciplinare appositamente costituita in fase di progetto e composta dai rappresentanti di tutte le professionalità coinvolte nel percorso e dai responsabili dei distretti della USL 8 della Regione Toscana⁽⁹⁾. Tale equipe, coordinata dagli antropologi responsabili del lavoro, ha avuto l'obiettivo di riflettere, nel corso dei diversi incontri, sui più adeguati modelli di risposta ai principali nodi critici emersi durante l'indagine e di contribuire ad individuare, dunque, specifici percorsi operativi⁽¹⁰⁾. Questo approccio multidisciplinare, basato sul confronto tra soggetti portatori di professionalità, saperi, esperienze e competenze eterogenee, ha permesso, insomma, di articolare una riflessione sulle tematiche affrontate, di identificare interventi idonei e di costruire processi di comunicazione tra tutti gli attori coinvolti.

2. I temi emersi

2.1 «In mio Paese [...] tutto è famiglia grande». L'impoverimento delle reti di sostegno

Dalle testimonianze raccolte nel corso della ricerca, è emersa fin da subito l'importanza di disporre di reti sociali capaci di sostenere le donne nella complessa e articolata esperienza della gravidanza, del parto e del puerperio. Pur apparendo tale esigenza ovvia e trasversale a tutte le donne, di fatto emergono una serie di criticità che non rendono affatto scontate le modalità di risposta a questo stesso bisogno. In tal senso, come era prevedibile, l'indagine ha messo in luce una prima grande differenza tra le donne italiane e le donne immigrate coinvolte nel progetto; mentre infatti le prime, in un contesto socio-culturale quale quello aretino – ancora caratterizzato per lo più da una organizzazione sociale e familiare che vede una certa prossimità geografica dei nuovi nuclei familiari con quelli originari – possono contare su solide relazioni parentali e amicali, gran parte delle donne immigrate si vedono depauperate di quella forte rete di sostegno al femminile che nei paesi di origine è detentrica della gestione della gravidanza, del parto e del puerperio.

«La bambina a piangere sempre, non veniva latte, tutto, tutte cose che è stato molto male. È meglio quattro o cinque giorni in ospedale, perché a me hanno lasciato tre giorni, e poi ... [...] non c'è nessuno a casa, mio marito va fuori...

A lavorare. Ti sarai sentita molto affaticata.

Eh sì.

[...] E se fossi stata nel tuo Paese, come immagini che sarebbe stato?

Molto tranquillo, perché ci sono tante persone, là. Mamma, suocera, poi mia cognata, tutti insieme.

E quindi, alla fine tutto da sola?

Sì. Anche per tutto il tempo di gravidanza ho fatto tutto da sola» (B., Bangladesh).

Tutte le donne immigrate intervistate sottolineano il rilevante supporto offerto dalle figure femminili della famiglia (la madre, le sorelle, le cognate, le zie etc.) che si stringono intorno alla puerpera per fornirle un aiuto pratico nella gestione quotidiana della casa e nella cura del bambino, almeno per tutto il primo mese dopo la nascita. In molti casi, inoltre, a differenza di quanto accade una volta giunti nei paesi ospiti, le abitazioni nei paesi di origine accolgono più nuclei familiari uniti tra loro da legami di parentela, scongiurando già di per sé gran parte delle difficoltà legate all'impoverimento delle reti che in molti casi caratterizza la condizione migratoria⁽¹¹⁾.

«In mio Paese sempre va così.

[Marito] Perché tutto è famiglia grande, tutto famiglia. Io ho cinque fratelli e tre sorelle. E tutti sposati e ora tutti bambini. Ora quaranta, cinquanta persone [è la] famiglia.

E tutti abitano insieme?

Sì tutti abitano là insieme [...] sì, anche mangiare tutti là insieme, cucinare tutti là insieme [...] sì sempre tutti insieme. Meglio così» (B., Bangladesh).

Sebbene nel nuovo contesto migratorio si riconfigurino nuove reti sociali, l'assenza del tradizionale supporto femminile di riferimento tende a essere per le donne una delle principali cause di sofferenza emotiva e di disagio legato alle difficoltà nella gestione quotidiana del bambino, in particolare nei primissimi periodi dopo la nascita.

«Qui sei sola, se non cucini non mangi. [...] Ho sofferto, in questa gravidanza ho sofferto parecchio, parecchio, parecchio, parecchio. [...]

Di cosa sentivi di avere maggiormente bisogno durante la gravidanza?

Della mia mamma, dico la verità, la mia mamma.

Sentivi che le persone che si trovavano intorno a te comprendevano questi tuoi bisogni?

Ma a parte che non c'è nessuno intorno a me. Solo mio marito era impegnato con il lavoro, con i figlioli anche lui da portare su e giù... non c'è nessuno intorno a me» (R., Marocco).

A seguito della perdita del gruppo femminile di riferimento, la maggior parte delle donne immigrate coinvolte nel progetto hanno sottolineato il fondamentale ruolo di sostegno offerto dal marito, che diviene spesso la principale figura di supporto durante la gravidanza, il parto e soprattutto il puerperio. In tal senso, è emerso chiaramente come in molti casi il contesto migratorio modifichi sensibilmente le parti all'interno della coppia, configurando talora nuove modalità nella distribuzione dei ruoli e l'attivazione di nuove risorse. Indicativa è apparsa, ad esempio, la testimonianza di una donna del Bangladesh che, sollecitata su quelli che a suo avviso erano stati i principali vantaggi a partorire in Italia, ha rilevato proprio l'importanza del ruolo rivestito dal marito in tutte le fasi della gravidanza, del parto e del post-parto, evidenziando la differenza rispetto a quanto sarebbe accaduto nel proprio Paese di origine dove, appunto, la gestione diretta di questa esperienza è tradizionalmente affidata alla componente femminile della famiglia. È interessante inoltre sottolineare come tale reciprocità, emersa tra le coppie coinvolte nella ricerca, tenda a contraddire uno stereotipo piuttosto radicato tra molti degli operatori sanitari che hanno partecipato al progetto; questi, infatti, soprattutto rispetto alle coppie musulmane, sono portati a percepire l'uomo – che nella maggior parte dei casi accompagna alle visite la propria moglie per una serie di questioni quali, ad esempio, la non conoscenza della lingua italiana, da parte delle proprie mogli, o la loro difficoltà a spostarsi autonomamente – come colui che induce nella donna una pesante condizione di subalternità, non sostenendola, annullandone in qualche misura le possibilità decisionali e impedendole di esprimersi liberamente. In tal senso, i mariti musulmani tendono ad essere considerati a priori dagli operatori come figure ostacolanti nella relazione terapeutica. Ciò appare significativamente descritto nello stralcio di intervista che segue:

«Le donne musulmane vengono spesso accompagnate dai mariti, sono succubi dei mariti, non parlano l'italiano, non si muovono da casa se non accompagnate dal marito. Non si riesce mai a stabilire una relazione con la donna perché il marito è sempre lì a rispondere» (operatore).

Senza dubbio la distanza tra la percezione degli operatori rispetto a ciò che realmente accade all'interno della coppia introduce a questioni piuttosto complesse che meriterebbero ulteriori approfondimenti. Ci limitiamo qui a rilevare quanto incidano i possibili differenti ruoli rivestiti a seconda dei contesti; se da una parte, infatti, nell'intimità della casa gli uomini possono essere molto partecipi nella collaborazione domestica, anche per le contingenze dettate dalla nuova condizione migratoria, dall'altra, in molti casi, essi continuano a rivestire più comunemente in

situazioni pubbliche l'immagine di "maschio dominante". Quanto effettivamente riscontrato all'interno della coppia in termini di mutuo sostegno (le donne riportano, ad esempio, come nel post parto l'aiuto dei mariti nei compiti domestici di casa e nella gestione dell'igiene del bambino sia stata determinante), induce ad avviare una riflessione più ampia sul mutamento dei ruoli all'interno della coppia a seguito del cambiamento di contesto socio-culturale e induce, di conseguenza, a problematizzare ulteriormente l'atteggiamento degli operatori, e a favorire l'adozione di un approccio inclusivo che tenda a considerare i mariti quali risorse, anziché ostacoli nella relazione terapeutica, al fine di promuovere quanto più efficaci percorsi di sostegno alla genitorialità proprio a partire dalla gravidanza. La presenza del marito nell'ambito del setting, inoltre, può contribuire a riequilibrare in qualche misura la relazione terapeutica che, soprattutto nel caso della donna immigrata, rischia non raramente di portare alla luce una condizione di subalternità, rispetto all'operatore, che contribuisce a rendere ancora più "impari" il rapporto tra la donna e i servizi socio-sanitari. È opportuno sottolineare, infine, che la necessità di includere maggiormente gli uomini entro percorsi di preparazione alla nascita e alle cure allevanti, è emersa anche tra le donne italiane direttamente coinvolte nella ricerca e in genere tra le coppie incontrate durante l'osservazione partecipante; queste, infatti, in varia misura, hanno più volte espresso il bisogno di essere, come tali, ulteriormente sostenute attraverso specifici percorsi finalizzati a incrementare la fiducia nelle proprie "naturali" competenze e sviluppare maggiori consapevolezza rispetto all'essere genitori.

2.2 «Una parola ti tira su il morale, una parola, non è che chiedo il miracolo oppure i regali, solo belle parole». Dimensioni emozionali, relazioni terapeutiche, soggettività e medicalizzazione

Come è noto, una relazione terapeutica basata sull'ascolto, sull'empatia, sull'adozione di atteggiamenti non giudicanti ma anzi profondamente rispettosi del vissuto dell'altro, già di per sé contribuisce ad attivare le risorse che possono essere messe in campo nei processi di cura e guarigione; nel caso della gravidanza, del parto e del puerperio, una relazione così intesa rappresenta una prima fondamentale occasione per implementare quelle "naturali" competenze genitoriali così importanti per affrontare nel modo più "attivo" l'intera esperienza di maternità⁽¹²⁾. Entro tale quadro, da tutte le donne coinvolte nell'indagine, sono emersi una serie di bisogni – necessità di ascolto, di accudimento e presa in carico, di rispetto per il proprio corpo e la propria intimità – che denotano quanto sia si-

gnificativa nell'esperienza soggettiva una relazione terapeutica che sappia rispondere a queste esigenze. In tal senso, alcune delle donne intervistate sottolineano di aver incontrato operatori da cui si sono sentite sostenute, accolte e adeguatamente assistite, ad esempio nel momento del parto; altre donne, o le stesse, riportano invece sensazioni di non ascolto delle proprie istanze, in alcuni casi "senso di abbandono" durante la degenza ospedaliera e episodi vissuti talora come "abusanti" (percezioni di non rispetto per la propria intimità corporea, irruzioni nelle scene del parto e atteggiamenti del personale sanitario avvertiti come impositivi e direttivi). Gli stralci di intervista che seguono risultano testimonianze emblematiche della pluralità di risposte a tali bisogni. Si veda, ad esempio, il buon livello di soddisfazione espresso da alcune informatrici in merito agli operatori incontrati:

«Io devo ringraziare proprio la [...] è stata bravissima [...] è stata sempre con me. [...] È una giovane, c'ha voglia, m'ha massaggiato la schiena, e me lavava 'n continuazione, me buttava l'acqua calda perché un pochino m'alleviava 'l dolore, me diceva: "aspetta che ti lavo, ti lavo, ti lavo". È stata bravissima. Io son convinta che senza di lei... (L., Italia).

Le infermiere come sono state con te?

Bravissime, molto brave.

Tu le chiamavi? Ti sentivi libera di chiamarle se avevi dei dubbi?

Sì. Anche in sala parto, quello che c'è infermeria, bravissima, molto brava, come se dice, un'amica capito? No dai, dai fatto così [mima il gesto di accarezzare i capelli con le mani] [...] Dice: "no dai, non c'è problema, tranquilla, fai coraggio che devi partorire". No, ho trovato bene, benissimo (F., Bangladesh).

Soprattutto l'anestesista era bravissimo, bravissimo, bravissimo. Se te vedessi come ti tira su il morale guarda... in una maniera! E come ti coccolava, in maniera incredibile guarda [...] è stato bravissimo con me mi ha dato un coraggio lui... è stato vicino a me fino all'ultimo minuto [...] con la mano attaccato a me. [...] E mi ha detto: "[...] hai fatto, a posto, tranquilla". E poi è rimasto lì, ogni minuti era lì [...].

Quindi secondo te, quali comportamenti è bene tenere subito dopo il parto?

Le coccole, un po' di coccole, un po' di... una parola ti tira su il morale, una parola, non è che chiedevo il miracolo oppure i regali, solo belle parole» (R., Marocco).

Di contro, emergono anche testimonianze che denunciano grosse difficoltà nella relazione con il personale sanitario. Lo stralcio che segue, ad esempio, sottolinea quanto vissuto a seguito di un parto cesareo da una donna marocchina, che riferisce di non essersi sentita rispettata nella sua intimità corporea, né adeguatamente accudita durante la degenza ospedaliera:

«Quindi ti sei sentita rispettata nella tua intimità, nei tuoi bisogni, nelle tue convinzioni?

Quella è una cosa brutta, ti lasciano così, ti dico la verità, una cosa che senti un altro male. Non è che ti coprono, ti lasciano così, come sei nata, e si mettono a chiacchierare. Una marea di gente che va su e in giù... mettete un telo, un qualcosina, un pezzo di lenzuolo, un qualcosina... è una vergogna! E poi uomini, magari le donne va bene, tra noi, ma uomini, abbi pazienza. Magari sono straniera, si va bene, però un'italiana mi dice la stessa cosa, uguale, abbi pazienza [...]. Poi il freddo, ti lasciano lì, scoperta, nuda come sei nata... Anche nelle visite del ginecologo, ti dico la verità, una volta m'è toccato di dire: "abbi pazienza, potete mettere un pezzo di lenzuolo, mi vergogno!". Giuro che mi stava a pensiero il giorno della visita. Il giorno della visita mi stava pensiero grosso grosso [...].

Ci sono dei vantaggi a partorire qui in Italia oppure hai trovato svantaggi?

Dei svantaggi nel senso che quando ti portano nella stanza, quando hai fatto il parto e hai finito ti portano... maleducati gli infermieri! Io sono sincera, sono maleducati, ti trattano come un cane. Il giorno dopo sono andata per fare il bidè. Normalmente mi ricordo nel 2005, della Sara, la mia Sara, a me m'hanno fatto il bidè nella stanza, nel mio letto. Invece questa volta niente, ti dicono che ti devi alzare; con la ferita così come mi alzo? La prima cosa non c'è il bidè, in quelle stanze [...]. Ti toccava cercare una bottiglia. Che VERGOGNA⁽¹³⁾, in un ospedale, in una città come Arezzo, famosa eccetera, eccetera. Ti toccava cercare una bottiglia e cercare l'acqua calda e fai il bidè da sola, il primo giorno del parto. Un'altra cosa: a me mio marito mi ha preparato la valigia e mio marito si è scordato il detergente intimo; sono andata piano piano per alzarmi [...], ho visto l'infermiera e dico: "per cortesia, se non ti dispiace puoi darmi un po' di detergente intimo per fare il bidè? Perché ho portato, guarda, la borsa e l'unica cosa che mi sono scordata è quello [...]". E dice: "ma che dici, da noi non c'è!". Dico: "un po' di detergente non ce l'avete?". Dice: "no, no, pulisci dai con l'acqua". Ma secondo te con l'acqua si pulisce bene col sangue che ce l'avevo fino al ginocchio? Già lo faccio da me. Io non ti ho chiesto di farmelo, già è un sacrificio per me mettermi a sedere nel water. Giuro il primo giorno, giuro, così nel water da sola, guarda una disgrazia. Ho pianto... non c'avevo nessuno. Ho pianto, ho pianto, ho pianto. Ho detto: "almeno chiamatemi la mia suocera che m'aiuta!" "No". Loro no, la mia suocera non la chiamano perché non è il momento di chiamare nessuno [si commuove]. Guarda ho sofferto!» (R., Marocco).

Interessante appare anche la testimonianza di una giovane donna italiana che se da una parte evidenzia il fondamentale sostegno offertole da un'ostetrica durante tutto il travaglio – dalla quale si è sentita accudita, rassicurata e “contenuta” nelle sue paure – dall'altra restituisce la profonda inquietudine e il disagio per un parto vissuto come estremamente traumatico (si è svegliata di soprassalto al solo ricordo per tutto il mese successivo), sia per le complicazioni intervenute, sia per le modalità di comunicazione da parte del personale medico percepite come brusche e irrispettose:

«La sfiga mia è stata il cambio di turno, delle due, è entrato questo cane [...].

È un ginecologo?

Sì. Assurdo. Mi trattava malissimo: “Signora cosa fa, spinga!”. Capirai... Lui è stato l'ultimo elemento negativo, però l'ho rimosso.

Perché hai detto che lui ti ha trattato male? Di cosa ti ‘rimproverava’?

Che non spingevo e non sentivo più le contrazioni. Mi dicevano: “Dai c'è la contrazione, spingi” però poi non ci riuscivo più, ero troppo troppo stanca; poi ormai ero anche impaurita, sentivo male, penso che mi sono anche messa a piangere ad un certo punto [...]. E poi dopo [...] lui ha detto: “Qui c'è da tagliare” e: “no, l'episiotomia no!”. E lì [...] ha preso le forbici, il bisturi e lui mi ha detto: “Ora questa caccia un urlo!”, e io ho cacciato un urlo. Io per un mesetto ci ho pensato tanto al parto, ho detto: “Madonna chissà se me lo dimenticherò”. Ora è tutto più edulcorato [...].

Se potessi in qualche modo migliorare i servizi, che faresti?

Farei dei corsi di formazione e anche di comunicazione ai medici ginecologi: come comunicare nei momenti di stress, di controllo dello stress. Vorrei fare dei corsi affinché il medico lavori su di sé [...] perché comunque il parto è sempre un punto di domanda» (L., Italia).

La pluralità degli atteggiamenti degli operatori sanitari descritti dalle donne emerge anche dall'osservazione partecipante che, se da un lato ha permesso di cogliere significativi esempi di buona pratica nella relazione e comunicazione con gli utenti, dall'altra ha anche messo in luce ciò che non di rado si registra in ambito medico; ovvero, in generale, un approccio basato sul raggiungimento di obiettivi finalizzati alla presa in carico della componente organica del corpo: la quale, per quanto fondamentale ai fini diagnostico-terapeutici, rischia di tenere solo marginalmente in conto l'imprescindibile complessità che caratterizza l'esperienza singolare di ogni individuo e la dimensione socio-culturale comunque implicita nei processi di salute e malattia⁽¹⁴⁾. Durante le visite ginecologiche in consultorio, ad esempio, abbiamo osservato come in alcuni casi ci si soffermi esclusivamente sui risultati degli esami clinici, tralasciando invece di tenere in considerazione o di condividere con le pazienti i vissuti legati alle loro esperienze di maternità; può risultare indicativo a tale proposito l'atteggiamento di alcuni medici che nel corso delle visite *post partum* si limitano ad un esame esclusivamente clinico tralasciando, ad esempio, di chiedere come è andato il parto o altre informazioni legate alla nuova esperienza, anche corporea, della neo mamma. Essendo, infatti, la gravidanza, il parto e il puerperio momenti carichi di significato, anche simbolico, e densi di emozioni complesse che ne tratteggiano il vissuto⁽¹⁵⁾, la possibilità di condividere la propria esperienza, può rappresentare una delle principali strategie per elaborare efficacemente la propria storia, aprirsi ad

un importante confronto con l'altro e conseguentemente attivare idonei percorsi di salute. Non a caso, è affiorato nel corso dell'indagine, da parte di tutte le donne coinvolte, il forte bisogno di raccontarsi e condividere; in alcuni casi, i colloqui condotti dagli operatori si sono trasformati in occasioni per far emergere importanti quesiti e anche per fornire risposte alle istanze profonde venute alla luce nel corso dell'intervista.

Di contro, abbiamo rilevato talora un certo "scarto" tra l'unicità dei vissuti e delle emozioni, anche contrastanti, che ogni donna sperimenta durante la gravidanza e il parto, e la riproduzione meccanica di pratiche dettate in parte da un'attenzione pressoché esclusiva al corpo e in parte dalla routine del lavoro: uno scarto che in qualche misura può determinare negli operatori una scarsa attenzione alla complessità della dimensione soggettiva nonché atteggiamenti poco empatici e comunicativi. La tendenza che abbiamo rilevato, ad esempio, da parte del personale ostetrico e infermieristico a parlare a voce molto alta di argomenti non pertinenti con la situazione, sia in prossimità dei luoghi del travaglio e del parto, sia nella nursery che accoglie i neonati, può rappresentare un segnale emblematico della distanza che spesso si frappone rispetto alla persona, magari sofferente. Se da una parte tale modalità di rapporto appare "naturale" negli atteggiamenti quotidiani degli operatori, dall'altra risulta fortemente invasiva nell'ambito di un'esperienza così intima e delicata quale quella del parto e della nascita⁽¹⁶⁾. A fronte, tuttavia, di un'attenzione talvolta marginale alla soggettività, che le intervistate in vario modo sottolineano come un limite nella relazione con il medico e l'operatore, è importante rilevare che il livello di soddisfazione di tutte le informatrici rispetto alle prestazioni prettamente cliniche offerte in consultorio e in ospedale si è dimostrato piuttosto alto sia da parte delle donne italiane che da parte delle donne immigrate. E anzi, tutte le donne coinvolte nella ricerca si sono sentite fortemente rassicurate dai protocolli clinici previsti e attuati durante l'intero percorso. Se da una parte, quindi, emerge una più che positiva valutazione rispetto alla "tecnica" medica, dall'altra risulta assai meno soddisfacente il giudizio connesso alla dimensione comunicativa e relazionale tra medico e paziente e viene ancora una volta messa in luce la significativa scissione tra il "curare" il corpo biologico e il "prendersi cura" della persona nella sua interezza.

Gli innegabili vantaggi, sulla salute della donna e del bambino, apportati dai progressi scientifici e tecnologici della medicina hanno determinato, a partire dalla seconda metà del Novecento, una progressiva e importante diminuzione della mortalità materno-infantile e hanno conseguentemente modificato la percezione dei livelli di rischio di vita legati alla nascita. E

tuttavia è importante evidenziare che insieme a tali indiscutibili miglioramenti, si è assistito negli anni ad una progressiva medicalizzazione della gravidanza e del parto che ha trasformato questa esperienza in un evento da delegare quasi esclusivamente alla supervisione medica. Ad un certo punto, «la madre e il bambino hanno smesso di essere percepiti come esseri in grado di assolvere alle loro funzioni vitali in modo autonomo: entrambi dovevano essere osservati, controllati e aiutati dai rappresentanti della medicina in quanto unici attori in grado di garantire il buon esito del processo riproduttivo» (MAFFI I. 2010: 9)⁽¹⁷⁾. Questo percorso di medicalizzazione ha portato alla tendenza, da parte delle donne, ad affidarsi alle capacità diagnostico-terapeutiche della biomedicina, al punto da delegare quasi esclusivamente alla biomedicina stessa la risposta a quelle ansie e paure naturalmente connaturate allo stato di gravidanza, spostando la fiducia nelle proprie competenze di madri e capacità di ascolto del proprio corpo quasi interamente negli strumenti clinici e diagnostici messi a disposizione dalla scienza⁽¹⁸⁾. È indicativo in tal senso quanto riferito da una giovane donna italiana intervistata che, alla domanda su come aveva vissuto di volta in volta le ecografie fatte durante il percorso di gravidanza, sottolinea il fondamentale ruolo di quegli appuntamenti diagnostici. Questi, infatti, sono percepiti come gli unici in grado di fornirle la certezza che la bimba che porta in grembo sia ancora viva; come se i naturali segnali inviati dal corpo durante la gestazione, non siano di per sé “prove” sufficienti a garantirle che la gravidanza è in atto:

«E come l'ha vissuto, lei, il momento dell'ecografia, com'era per lei?

[Sorridente a bocca larga] *Ahhh, sempre un'emozione! [...] Fino a che non ho iniziato a sentirla, arrivavo sempre con la paura che nun ce fosse. Sì, che dico, vado lì e 'un batte più il cuore. [...] No, poi tutti 'sti lutti, ma po' tutte 'ste gravidanze che 'unn'arivano mai a buon fine, 'ste ragazze che perdono il bambino dopo due... cioè, n'ho sentite talmente tante, che andavo sempre lì col [tira un sospiro affannato come di paura] ce sarà o 'un ce sarà. [...] Ero rassicurata» (A., Italia).*

Va notato che se da una parte le linee guida di riferimento della Società italiana di ecografia ostetrico-ginecologica (2010) indicano un massimo di tre ecografie necessarie per affrontare serenamente i nove mesi di attesa (una per trimestre), dall'altra accade spesso che le donne che si rivolgono a ginecologi privati (prevalentemente le donne italiane) ne compiano molte più di quelle previste. Si conferma così quell'eccessivo ricorso alle indagini strumentali che ha contribuito alla costruzione di una “cultura tecnocratica della nascita”, comportando talora una eccessiva dipendenza dalle tecnologie mediche da parte tanto del personale sanitario quanto delle donne che progressivamente hanno delegato sempre di più alla

biomedicina i propri bisogni di assicurazione⁽¹⁹⁾. Non è un caso che una delle competenze che si tende ad attivare nell'ambito dei corsi di accompagnamento alla nascita promossi dai consultori della USL 8, sia proprio la fiducia nelle capacità del proprio corpo, del proprio essere madre e in generale genitori; il cartello appeso nei luoghi preposti all'accoglienza recita significativamente a tale proposito: "Le donne sanno partorire, i bambini sanno nascere, gli uomini sanno proteggere".

2.3 «Ma come faccio a esse' senza latte, che ho bagnato tutto il lenzolo?». Allattamento e continuità assistenziale tra ospedale e consultorio

In generale è emersa una certa distanza tra gli approcci adottati in ospedale ad Arezzo e quelli adottati in consultorio. Se infatti da una parte, le pratiche ospedaliere sono spesso orientate dalle criticità legate all'emergenza, all'organizzazione del lavoro, alla disponibilità di personale e in genere da un'attenzione al corpo focalizzata prevalentemente sulla risoluzione repentina di problematiche strettamente cliniche, dall'altra, l'impostazione del lavoro in consultorio (che si organizza prevalentemente su attività di prevenzione ed educazione alla salute, anziché sull'urgenza, e che prevede una presa in carico dell'utente più continuativa), consente di stabilire un approccio maggiormente disposto a tenere in considerazione anche quelle componenti non prettamente biologiche che definiscono nel suo insieme la soggettività e complessità dell'altro. E tale distanza tra ospedale e consultorio, che riflette in qualche misura differenti modalità nella presa in carico dei pazienti, rischia di ostacolare quella continuità assistenziale così importante per garantire interventi centrati sulla persona quanto più efficaci e idonei.

Già nelle prime fasi del progetto si è posto il problema del coinvolgimento, nell'ambito del percorso formativo, degli operatori dell'ospedale di Arezzo che, pur essendo invitati a partecipare, non hanno preso parte agli incontri. Questa mancata adesione ha rappresentato fin da subito un interessante indicatore della distanza, percepita come tale dagli operatori stessi, tra le attività di consultorio e quelle di ospedale, suscitando tra i partecipanti un acceso dibattito sulle difficoltà che talora si presentano ad adottare orientamenti comuni, pratiche e comportamenti condivisi e in generale itinerari continuativi nella presa in carico dell'utente. A riguardo è significativa la testimonianza di un'ostetrica del consultorio che, nel corso di un colloquio informale avvenuto durante l'osservazione partecipante, ha dichiarato: «tra l'ospedale e il consultorio c'è un fosso», sottolineando in tal modo la notevole distanza percepita tra gli operatori appartenenti ai due diversi ambiti.

Entro tale quadro, la questione dell'allattamento risulta essere assai significativa rispetto ai differenti approcci adottati dall'ospedale di Arezzo e dai consultori e rispetto alle implicazioni per le donne. Infatti, le strategie messe in atto dai differenti consultori promuovono l'allattamento materno attraverso molteplici attività quali i corsi di accompagnamento alla nascita e specifiche iniziative di sostegno nel *post partum*. In Valtiberina, uno dei distretti della USL 8, ad esempio, viene promossa la visita domiciliare, effettuata dalle ostetriche qualche giorno dopo il parto al fine di sostenere le donne durante l'allattamento e per tutte le altre questioni relative al puerperio; nel consultorio di Arezzo, invece, è stato istituito un apposito spazio (lo Spazio Mamme) specificamente creato con l'obiettivo di garantire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio (soprattutto nel momento del rientro a casa che può risultare particolarmente critico e delicato) e per promuovere e supportare adeguatamente l'allattamento al seno⁽²⁰⁾. In tutti i consultori viene comunque offerta alle donne la possibilità di contattare le ostetriche per qualsiasi questione inerente l'allattamento materno e in genere la cura del bambino. Diversi sono apparsi invece gli approcci in ospedale. Se infatti da una parte le infermiere e le ostetriche del reparto di ostetricia⁽²¹⁾ incontrate nel corso dell'osservazione partecipante hanno confermato di promuovere l'allattamento al seno e di non somministrare ai neonati latte artificiale a meno che non venga prescritto dal pediatra o richiesto dalla madre, dall'altra, abbiamo rilevato un certo scarto tra quanto dichiarato dagli operatori e le pratiche osservate che sembrano invece confermare la tendenza, denunciata dagli operatori di consultorio e in alcuni casi dalle donne stesse, a dare con una certa facilità il latte artificiale. Al momento dell'osservazione in reparto, infatti, il latte artificiale era stato prescritto a più della metà dei neonati presenti, confermando in qualche misura quanto riscontrato durante l'osservazione nello Spazio Mamme dove tra le otto donne presenti, quattro integravano il loro latte con quello artificiale. Sulla tendenza a dare la cosiddetta "giunta" di latte artificiale, è indicativo il caso di una bambina che, pur essendo nata da sole 5 ore e pur sembrando piuttosto tranquilla, l'infermiera decide di nutrire con un po' di latte artificiale dopo averla pesata e appurato che non aveva ancora mangiato nulla. Un esempio, questo, che appare emblematico della facilità a "cedere" al latte artificiale anche quando non compaiono le due condizioni esplicitate dagli operatori di ospedale come necessarie per la sua introduzione nell'alimentazione del neonato: la prescrizione del pediatra o la richiesta della madre. Pur essendo urgente e opportuno avviare alcune riflessioni in proposito, non possiamo tuttavia in questa sede entrare nel merito di questioni complesse,

quali l'appropriatezza delle prescrizioni pediatriche di latte artificiale o le motivazioni profonde che possono spingere una madre a farne richiesta. Ci limitiamo, invece, a sottolineare che appare chiaro che se da una parte gli operatori di consultorio promuovono e sostengono con tutti i mezzi a loro disposizione l'allattamento materno, dall'altra, in ospedale si tende a non garantire un eguale investimento in tale direzione con il rischio di non supportare sufficientemente le donne per favorire la necessaria fiducia nelle proprie competenze. Durante i colloqui in profondità più volte le interlocutrici hanno riportato di "essersi sentite confuse" al momento della dimissione dall'ospedale a causa dei contrastanti messaggi ricevuti circa l'allattamento durante il corso di accompagnamento alla nascita e durante la degenza ospedaliera. In alcuni casi, poi, le donne intervistate hanno anche denunciato atteggiamenti "sbrigativi" da parte del personale, che hanno contribuito ad incrementare quelle paure, dubbi e ansie che molto spesso caratterizzano la prima e delicata fase del puerperio.

«Mi sono trovata male con un'infermiera che è stata molto sgarbata. [...] Doveva fargli la prova dell'udito, alla bimba, è arrivata alle 11 e me la trova al seno. Io l'avevo attaccata al seno perché così la bimba era tranquilla, io ero tranquilla, mi faceva campare, mi faceva dormire, si dormicchiava tutt'e due, insomma, era sempre alla poccia [...]. Ma arriva 'st'infermiera e dice "Gli devo fa' la prova dell'udito; ma perché 'sta bambina è attaccata al seno?" E io: "Perché ha fame!". Molto volgarmente, mi ha dato una bella tastata di seno e m'ha detto: "Ma sì, ma se qui 'un c'è niente! Hai voglia te di dargli da mangiare!". Ha preso 'sta bambina e l'ha buttata sopra al lettino, là dove si cambia, insomma, e fa: "Eh, ma piange, 'un mi riesce di fargli la prova dell'udito!" e io gli dico: "Ma ha fame!", perché lei avea fame. In effetti, un po' ce dormiva, ma un po' avea fame. Al momento quando è arrivata lei, la bimba aveva FAME! E mi fa: "Va be', ascolta: quando hai finito di dargli da mangiare, portamela, che gli fo 'sta prova dell'udito!" e è andata via. Io mi so' messa a piangere, ho chiamato il mi' compagno: "Han detto che 'un c'ho il latte, faccio morir di fame la bambina!". La cosa più sconcertante è che io, per fa' prima, stavo col pigiama aperto, senza il reggiseno, perché tanto era sempre co' 'sta tetta'n bocca, AVEVO BAGNATO TUTTO IL LENZOLO! E io mi dicevo: "ma come faccio a esse' senza latte, che ho bagnato tutto il lenzolo?" Il lenzolo, FRADICIO! E infatti, mi ricordavo, eppure al corso preparto c'avean detto "a un certo punto, vi arriverà"»⁽²²⁾ (A., Italia).

Ovviamente le donne riportano anche significative testimonianze sul fondamentale ruolo di sostegno e supporto ricoperto da molte infermiere e ostetriche del reparto, peraltro adeguatamente formate, anche rispetto all'allattamento, ma ciò che preme qui sottolineare è comunque la generale distanza percepita e riscontrata tra ospedale e consultorio negli approcci e nelle pratiche. Una distanza che si concretizza e prende forma anche nella mancanza di strategie di informazione e comunicazione condivise circa le opportunità di sostegno offerte nel territorio che

potrebbero invece garantire una efficace continuità assistenziale entro il percorso consultorio (per la gravidanza) – ospedale (per il parto) – di nuovo consultorio (per il puerperio), rivelandosi di estrema utilità e di grande sostegno per le donne. Una signora del Bangladesh coinvolta nell'indagine, che al momento del colloquio allattava il suo bambino esclusivamente con latte artificiale, sottolinea che avrebbe fortemente desiderato allattare naturalmente e confessa di continuare a pensare che se fosse stata meno stanca dopo il parto, durante la degenza in ospedale avrebbe anche potuto farcela. Se da una parte è interessante notare come la donna tenda ad assumere su di sé la responsabilità per non essere riuscita ad allattare il suo bambino, con un latente senso di colpa che traspare esplicitamente dal colloquio, dall'altra il suo racconto appare emblematico del fatto che il supporto fornitole per garantire una adeguata risposta al suo desiderio di allattamento avrebbe potuto essere più incisivo e avvalersi maggiormente degli strumenti a disposizione del servizio. Una volta a casa, infatti, a causa di forti dolori al capezzolo e sanguinamenti, torna in ospedale per chiedere consiglio sul da farsi; gli operatori ospedalieri le raccomandano di utilizzare un paracapezzolo⁽²³⁾, ma sembra che nessuno pensi di orientarla al consultorio per usufruire delle opportunità di sostegno offerte e iniziare quindi un percorso adeguato e continuativo⁽²⁴⁾. Ciò che emerge dall'indagine, in effetti, è la tendenza a considerare la presa in carico della donna non tanto come itinerario duraturo e condiviso tra ospedale e territorio, quanto piuttosto come un percorso che procede in qualche misura per compartimenti stagni non comunicanti tra loro. È esemplificativo quanto affermato da una ostetrica di ospedale che, di fronte alla domanda se al momento delle dimissioni le donne vengono informate dell'esistenza e delle opportunità offerte dallo Spazio Mamme o in genere di quelle attivate per il *post-partum* dai consultori dei distretti afferenti l'ospedale aretino, quasi stupita risponde: «no, quello lo deve fare il territorio, noi siamo l'ospedale!».

2.4 «Ma cosa è medico di famiglia?». La questione dell'efficacia delle informazioni fornite dai servizi

Segnaliamo, infine, un'altra importante criticità – già denunciata dagli operatori in fase di avvio di progetto ed emersa fortemente nel corso dell'indagine – connessa alle questioni della conoscenza delle opportunità offerte dai servizi da parte delle donne immigrate, dei canali attivati per veicolare le informazioni socio-sanitarie e delle relative conseguenze rispetto all'accesso ai servizi stessi. Durante i colloqui e i *focus group* svolti con gli operatori era stato infatti più volte messo in luce il problema della

scarsa frequentazione delle donne immigrate (in particolare quelle provenienti dalle aree selezionate per la ricerca) alle opportunità di sostegno messe a disposizione dai consultori per la gravidanza, il parto e il post parto, quali, ad esempio, i corsi di accompagnamento alla nascita e/o gli specifici percorsi di supporto per l'allattamento predisposti dai vari consultori. E tale problematicità è effettivamente emersa anche dai colloqui in profondità e dall'osservazione partecipante, da cui è affiorata una mancata conoscenza dei servizi offerti dal consultorio aretino, soprattutto da parte delle donne immigrate che non avevano avuto precedenti rapporti con alcune figure chiave del servizio preposte più di altre a stabilire relazioni continuative con la popolazione migrante, quali la mediatrice culturale o l'assistente sociale.

Osservando il momento dell'accoglienza in consultorio⁽²⁵⁾ o quello della consegna del "Libretto di gravidanza"⁽²⁶⁾ che, raccogliendo gli esami clinici da compiersi durante i mesi di gestazione, tutte le donne in stato interessante ricevono nelle fasi iniziali del loro percorso, appare certo che gli operatori si impegnano a fornire in vario modo tutte le informazioni relative ai servizi offerti. Il problema, pertanto, non riguarda tanto il fatto che le informazioni non vengano fornite, quanto che in qualche misura queste non arrivino a destinazione, configurando un quadro piuttosto complesso che si declina dalle modalità utilizzate per veicolare la comunicazione fino a quelle impiegate per la sua decodifica. Senza dubbio appare fondamentale l'atteggiamento impiegato nella relazione con il migrante; se infatti, come abbiamo avuto modo talora di osservare, l'operatore mostra un atteggiamento di chiusura, poco accogliente, giudicante e infantilizzante nei confronti della donna o della coppia immigrata, questo non favorisce un efficace scambio di informazioni, ma al contrario tende a intimorire e contrarre gli interlocutori che non avranno né modo, né spazio di intervenire e chiedere approfondimenti o chiarimenti su ciò che viene loro proposto. Anche un atteggiamento semplicemente sbrigativo o che dà per scontata la conoscenza di alcune nozioni relative ai servizi, tende ovviamente a non facilitare la comprensione dei percorsi offerti. In più di un'occasione, ad esempio, abbiamo osservato che, informando sulla possibilità di partecipare ai corsi di accompagnamento alla nascita, alle attività di sostegno per l'allattamento o ai percorsi clinici previsti per la parto-analgesia, non si spieghi ulteriormente in cosa consistano tali proposte dando per ovvio che tutte le donne ne siano a conoscenza.

Indubbiamente, laddove gli operatori hanno dimostrato di stabilire una relazione con l'altro basata sull'ascolto, sul rispetto, sull'empatia, la decodifica dei messaggi inviati è apparsa quanto più facilitata; eppure anche

in questi casi, non sempre le donne con le quali abbiamo avuto modo di colloquiare informalmente al termine dell'incontro con gli operatori o delle visite mediche, hanno effettivamente compreso ciò che veniva loro spiegato. E le motivazioni sono molteplici. Innanzitutto c'è la questione non trascurabile della conoscenza della lingua; spesso, infatti, pur essendo in Italia da più anni, molte donne non hanno avuto modo di imparare l'italiano e questa condizione accomuna numerose migranti sia magrebine che bangladeshi. Non a caso, anche il reperimento delle donne con le quali svolgere i colloqui in profondità si è rivelato piuttosto complesso; tendendo, difatti, a privilegiare interlocutrici che avessero una certa dimestichezza con la lingua italiana, è apparso molto difficoltoso intercettare donne con tali competenze, pur essendo in Italia da tre o quattro anni. Appare in tal senso indicativa l'esperienza di una giovane marocchina che non ha potuto farsi assistere, come avrebbe voluto, dalla suocera al momento del parto, poiché questa, pur giunta nel nostro Paese quindici anni prima, non parlava affatto l'italiano. Sovente, poi, abbiamo notato la tendenza da parte degli operatori a delegare la trasmissione delle informazioni ai depliant divulgativi che illustrano le varie opportunità di sostegno alla gravidanza, al parto e al puerperio offerte dai servizi e che vengono consegnati alle donne generalmente all'inizio del loro percorso di gestazione. Di fatto, tuttavia, abbiamo appurato che le donne immigrate coinvolte nella ricerca, nella maggior parte dei casi, non hanno letto il materiale loro consegnato; se da una parte, perciò, l'operatore è stato certo di aver fornito le corrette informazioni all'utente, dall'altra il messaggio non è arrivato a destinazione.

C'è poi un'altra questione apparentemente ovvia, ma che può rappresentare un serio limite nella comunicazione tra operatore e paziente migrante; e cioè, certe figure professionali o categorie del nostro Sistema sanitario che gli operatori "naturalmente" danno per ovvie e acquisite (si pensi ai medici di medicina generale, ai CUP, etc.), non lo sono affatto in altri Paesi, né è scontato che siano conosciute. E se a questo aggiungiamo la tendenza di molte donne migranti che abbiamo osservato, ad acconsentire gentilmente all'operatore anche se non hanno compreso bene ciò che viene loro detto, l'equivoco comunicativo diviene una ovvia conseguenza. È indicativo, a tale proposito, il dialogo tra una giovane donna del Senegal e un'operatrice del consultorio. Quando quest'ultima le dice di farsi prescrivere la pillola dal medico di famiglia, la donna annuisce cortesemente, lasciando intendere di aver compreso tutto quanto le era stato detto; ma una volta fuori, rivolgendosi ad una delle antropologhe osservatrici, chiede spaesata: «ma cosa è medico di famiglia?».

Aggiungiamo infine che anche nel caso in cui le donne immigrate intervistate sono venute a conoscenza dei servizi offerti, in larga maggioranza non li hanno comunque frequentati. Non avendo potuto approfondire in corso di indagine questa ulteriore questione, ci limitiamo qui a lasciare aperti alcuni quesiti che meriterebbero di essere maggiormente esaminati: le proposte offerte vengono percepite come distanti e inutili, non a misura? Vengono vissute come poco inclusive? È un problema pratico connesso alle difficoltà di spostamento o alla gestione della famiglia? E quanto pesa le questione dei livelli di conoscenza della lingua italiana?

3. Per un'équipe multidisciplinare permanente

A conclusione dell'indagine e a seguito degli incontri seminariali svolti per condividere con tutti gli operatori quanto emerso dalla ricerca, è stata costituita l'équipe multidisciplinare incaricata di individuare percorsi operativi che potessero, almeno in parte, rispondere ad alcune delle principali criticità evidenziate in corso di progetto. A tale proposito, con la conduzione dei due antropologi responsabili dell'intero processo, è stato avviato un proficuo confronto tra professionisti portatori di saperi, esperienze e competenze diversificate che ha permesso di riflettere ulteriormente sulle problematiche emerse, di identificare i temi considerati prioritari e, su questi, di pensare ai più idonei interventi. Come già specificato, il personale ospedaliero di Arezzo non ha preso parte al lavoro dell'équipe, che è risultata composta esclusivamente da medici e operatori del consultorio aretino, oltre che dai responsabili dei consultori dei vari distretti della USL 8 della Regione Toscana. Questo ha inevitabilmente condizionato la scelta dei temi su cui lavorare – in quanto sono stati prediletti quelli di diretto interesse delle attività territoriali – e ha impedito l'individuazione di modelli di risposta alle criticità riscontrate anche in ospedale, venendo meno la possibilità di co-costruire con i professionisti direttamente interessati specifici percorsi. Riconoscendo innanzitutto la necessità di omogeneizzare le prassi consultoriali, di condividere le procedure, e di estendere le buone pratiche nei vari distretti della USL 8, in particolare due sono state le tematiche selezionate dall'équipe sulle quali sono state poi individuate proposte operative: (a) la questione delle criticità connesse ai processi di informazione e comunicazione sui servizi e (b) la problematica della continuità assistenziale.

In merito al primo punto, è stata avviata una ampia riflessione intorno al momento della consegna del *Libretto di gravidanza*, considerato cruciale per stabilire un primo significativo contatto con tutte le gestanti all'inizio della loro esperienza di maternità. A tale proposito, il lavoro dell'équipe si è concentrato sulla definizione dei contenuti da veicolare e sulle modalità della comunicazione durante questo primo importante appuntamento, rimarcando anche ulteriori percorsi che potrebbero essere attivati per favorire fin dalle prime fasi il processo di presa in carico delle donne. Sono state quindi individuate alcune importanti indicazioni quali: (a) selezionare le comunicazioni e i materiali da fornire al momento della consegna del libretto in modo da evitare un sovraccarico di informazioni; (b) individuare ulteriori spazi e tempi per la "presa in carico" della gestante che ha scelto di essere seguita dal consultorio familiare per garantire il passaggio di quei contenuti che non sono veicolati al momento della consegna del libretto e facilitare un confronto in profondità tra utenti e operatori, anche al fine di predisporre percorsi quanto più calibrati sulla persona; (c) impiegare operatori sanitari adeguatamente formati sulla base delle competenze comunicative e relazionali richieste al momento della consegna del libretto e/o negli altri specifici incontri previsti per integrare tali informazioni; (d) identificare, fin dalle prime fasi, strategie di coinvolgimento della medicina generale nell'assistenza alla gravidanza; (e) prevedere campagne di comunicazione mirate dei servizi di consultorio da effettuarsi presso i luoghi strategici (CUP, studi dei medici di medicina generale, etc.). L'équipe ha avuto inoltre modo di riflettere e dibattere anche in merito a quali potessero essere, all'interno dei consultori, ulteriori e più idonei percorsi di interazione con le comunità di migranti, al fine di rispondere alle questioni legate alle difficoltà linguistiche, di inclusione e in generale di accesso ai servizi. Tuttavia, a fronte delle molteplici e variegata attività proposte in sede di discussione, ripetutamente è stato evidenziato come principale limite nella loro elaborazione e applicazione la mancata disponibilità di risorse, denunciando tale questione come una delle più rilevanti problematiche cui i consultori devono far fronte per continuare a garantire un servizio quanto più efficace ed efficiente a tutta la popolazione. È stata perciò rilevata la necessità di ripensare i percorsi strategici nell'ottica dell'integrazione delle politiche di territorio, avviando una unica riflessione con tutte le istituzioni e i soggetti a vario titolo interessati (comprese le associazioni, i gruppi informali, etc.) per integrare e calibrare le offerte già attive nelle singole zone e coinvolgere quanto più possibile tutti i protagonisti nella individuazione di strategie territoriali.

In merito al secondo tema su cui si è concentrata l'analisi dell'equipe, ovvero la delicata questione della continuità assistenziale, tutto il gruppo si è trovato d'accordo sulla necessità di attivare metodologie di lavoro permanenti in grado di (a) garantire l'adozione di un orientamento sistemico alle tematiche affrontate attraverso l'adozione di un approccio multidisciplinare; (b) facilitare la messa in rete di tutti soggetti coinvolti nell'esperienza in oggetto, attivando tra loro fondamentali processi di comunicazione; (c) agevolare la comprensione dei meccanismi che caratterizzano la complessità dei fenomeni per elaborare quanto più efficaci e calibrate strategie di intervento. A tale proposito, quale strumento per ottimizzare la continuità assistenziale, è stata proposta la formalizzazione di una *équipe multidisciplinare permanente* che dovrebbe essere composta da rappresentanti di tutte le famiglie professionali di ospedale e consultorio coinvolti nel percorso gravidanza, parto e puerperio, trasversale a tutte le zone socio-sanitarie, con un mandato forte e chiaro dalla Direzione; pertanto potrebbe essere riconosciuta come soggetto capace di fungere da anello di congiunzione tra il livello tecnico e quello politico-amministrativo. Tale équipe, infatti, dovrebbe avere lo scopo di lavorare per condividere e uniformare le procedure, rispondere alle criticità (a partire da quelle emerse dall'indagine) e declinare proposte operative. Già in fase di progetto, il gruppo di lavoro costituitosi nella parte finale, pur essendo composto esclusivamente da operatori di consultorio, potrebbe rappresentare una importante risorsa da cui partire per mettere a frutto e dare seguito a quanto emerso; una sua formalizzazione, potrebbe permettere da un lato di approfondire le questioni già affiorate, e in particolare quelle relative all'organizzazione del lavoro dei consultori, dall'altro di disporre di uno strumento già avviato da allargare agli operatori di ospedale e ad altri soggetti chiave quali pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, rappresentanti di associazioni o gruppi informali. Inoltre, le priorità operative emerse fin qui – quali la costruzione di modelli di intervento condivisi, l'individuazione e l'adozione di strumenti che facilitino l'integrazione dell'offerta tra ospedale e consultorio, la progettazione di percorsi di integrazione di personale di ospedale e territorio, la programmazione di itinerari di sostegno alla genitorialità a partire dalle prime fasi della gravidanza – potrebbero rappresentare, almeno in una fase iniziale, alcune delle principali direttrici di lavoro su cui concentrare le attività nell'ottica di un approccio multivocale e multidisciplinare formalizzato e condiviso a tutti i livelli tecnico-amministrativi.

4. Alcune considerazioni finali

Vorremmo infine qui riportare alcune nostre riflessioni che, se da una parte sono solo indirettamente connesse con i temi del progetto, dall'altra ineriscono questioni fortemente emerse durante l'intero percorso: questioni che ne hanno caratterizzato lo svolgimento, ci hanno spinto a ripensare di volta in volta le principali tematiche affrontate e hanno messo in luce un campo di indagine assai più "impegnativo" e complesso di quanto previsto nelle fasi iniziali del lavoro.

Innanzitutto, i vari incontri sono stati esperiti dagli operatori anche come occasioni per confrontarsi collettivamente su tutta una serie di tematiche – quali l'impostazione e l'organizzazione del lavoro, il modo in cui la professione è soggettivamente percepita e vissuta, gli equilibri tra le differenti zone-distretto, una forte sfiducia nei processi di cambiamento – e sovente per far emergere alcuni conflitti interni. A volte inoltre, abbiamo avvertito da parte di alcuni operatori, sconforto, frustrazione, stanchezza, rabbia e in qualche maniera disillusione rispetto a dinamiche di sistema oramai consolidate che nella percezione di tali operatori non sempre valorizzano l'eccellenza, la buona volontà, le buone idee e i processi di partecipazione e condivisione. In tal senso abbiamo riscontrato un rilevante bisogno di "raccontarsi", condividere criticità e risorse del lavoro quotidiano, esplicitare necessità, organizzare occasioni di confronto con gli altri colleghi e in particolare, per quanto riguarda la zona aretina, con quelli ospedalieri. A riguardo, la quasi totale assenza del personale ospedaliero di Arezzo durante l'intero percorso, e in particolare nel lavoro dell'equipe multidisciplinare, è stata percepita, come qualcuno ha riferito, come "un'assenza che parla", considerata paradigmatica di alcune note questioni: la difficile continuità tra territorio e ospedale, i differenti approcci rispetto a temi non strettamente biologici, la percezione di un giudizio in qualche modo sminuente, anche sul piano del carico di lavoro, da parte degli operatori di ospedale nei confronti di quelli di consultorio.

Queste problematiche, che sono costantemente emerse durante il lavoro e che spesso, non lo nascondiamo, ci hanno anche disorientato, hanno indotto a ripensare le priorità del Progetto e in qualche misura a ricalibrarne gli obiettivi. Abbiamo infatti preso atto che, ancor prima di pensare a concrete iniziative rivolte alle donne e alle loro famiglie, è necessario favorire quanto più possibile l'attivazione di flussi comunicativi tra gli operatori e attivare tavoli di lavoro comuni e trasversali per conoscere e condividere criticità e risorse insite nelle attività quotidiane di ciascun settore, per individuare collettivamente le risposte e costruire percorsi

adeguati. Quanto più tali processi di partecipazione saranno incentivati e sostenuti, tanto più potranno essere valorizzate tutte le qualità emerse fra gli operatori già durante l'intero progetto: la dedizione e la passione riversate nel proprio mestiere, l'onestà nel confrontarsi, il desiderio di partecipare a progetti condivisi. Di pari passo la risposta all'utenza sarà migliore e quanto più calibrata.

Note

⁽¹⁾ Come sottolinea il sociologo Maurizio Ambrosini, «sebbene i dati siano sempre incerti e relativamente affidabili, oggi si stima che sui 15-16 milioni di immigrati da paesi esterni residenti in Europa, circa il 45% siano donne. La femminilizzazione è oggi riconosciuta come un tratto saliente dei fenomeni migratori contemporanei» (AMBROSINI M. 2005: 134).

⁽²⁾ Per conto della USL 8 il progetto è stato coordinato dal dott. Evaristo Giglio che ha seguito e costantemente supportato tutte le fasi del lavoro, rappresentando un importante punto di riferimento nell'intero percorso.

⁽³⁾ Osservando, infatti, i trend di crescita dei flussi migratori negli ultimi anni sulla base dei dati ISTAT al 1 gennaio 2008, si assiste ad un rapido incremento, nella Regione Toscana, della componente femminile delle migrazioni che aumenta molto più velocemente di quella maschile, confermando quanto avviene nel resto del Paese. L'andamento nazionale e regionale si attesta anche nella provincia di Arezzo, dove le donne (per lo più tra i 20 e 40 anni) sono progressivamente aumentate affermandosi al 51% della popolazione migrante. Questo ha inevitabilmente comportato una crescita del numero di immigrate che si rivolgono ai servizi socio-sanitari locali, chiamati in primo luogo a rispondere a bisogni legati alla salute riproduttiva. Come evidenziato nel rapporto curato da L'Albero della Salute e dalla Regione Toscana (2009), i motivi per i quali le donne migranti si rivolgono ai servizi socio-sanitari riguardano in primo luogo la gravidanza, il parto, l'interruzione di gravidanza e la contraccezione. In particolare, i parti da donne straniere provenienti da paesi a forte pressione migratoria, sono passati sul totale in Toscana dal 10,8% del 2000 al 20,1% del 2007 con un incremento di quasi 10 punti percentuali (AGENZIA REGIONALE DI SANITÀ TOSCANA - OSSERVATORIO DI EPIDEMIOLOGIA 2008).

⁽⁴⁾ In base ai dati riportati nel *Rapporto* curato da L'Albero della Salute e dalla Regione Toscana (2009), il 61,9% di donne provenienti da Paesi a forte pressione migratoria si rivolge al consultorio, il 16,5% direttamente all'ospedale e il restante 17,1% a strutture o medici privati; le donne italiane invece si rivolgono al privato per il 75,5%.

⁽⁵⁾ L'ambito territoriale della USL 8 è suddiviso in cinque zone-distretto (Arezzo, Valtiberina, Valdarno, Val di Chiana e Casentino) con tre differenti presidi ospedalieri: Arezzo (che ospita il Punto nascita cui afferiscono anche Valtiberina e Val di Chiana), Valdarno e Casentino. Essendo l'indagine focalizzata in particolare sulla zona-distretto di Arezzo e sul relativo Punto nascita, da un lato sono emerse peculiarità riguardanti questo specifico territorio di ricerca, dall'altro sono state messe in luce anche tematiche trasversali alle altre aree. Se ad esempio, la questione della continuità assistenziale è stata evidenziata come una delle problematiche maggiormente percepite dagli operatori dei consultori di Arezzo, Valtiberina e Valdichiana, non appare invece tale nel Casentino, dove si rileva piuttosto una efficace continuità nella presa in carico delle pazienti tra ospedale e consultorio. In merito invece alle tematiche più strettamente connesse all'utenza immigrata, quali ad esempio l'accesso ai servizi e la relazione donna-operatore, queste appaiono perlopiù comuni a tutte e cinque le zone-distretto.

⁽⁶⁾ Il movimento migratorio di persone provenienti dal Bangladesh che si stabiliscono ad Arezzo e provincia rappresenta un fenomeno piuttosto recente che continua però ad aumentare in

modo esponenziale. Infatti, negli anni che vanno dal 1999 al 2005, la popolazione proveniente dal Bangladesh ha avuto un incremento percentuale pari al 196,3 (LUATTI L. - LA MASTRA M. 2007). Inoltre, come evidenzia Lorenzo Luatti, la comunità bangladeshi, «nel 2010 è diventata la seconda nazionalità della città (dopo quella romena). Soprattutto grazie al tasso di natalità dei nuclei familiari bangladeshi, quattro volte superiore a quello della media comunale» (LUATTI L. 2011: 11).

⁽⁷⁾ Nella scelta delle donne da coinvolgere nell'indagine sono stati inoltre impiegati ulteriori criteri di selezione, quali l'aver partorito presso l'ospedale San Donato di Arezzo da non più di un anno dalla data di avvio del Progetto e, nel caso delle donne immigrate, l'essere giunte in Italia da non più di dieci anni.

⁽⁸⁾ È stato inoltre rilevante il contributo della dottoressa Letizia Chialli, medico di medicina generale, tirocinante presso l'Unità operativa (U.O.) Educazione alla salute dell'USL 8, che ha coadiuvato il gruppo nell'attività di registrazione.

⁽⁹⁾ Inizialmente era stato previsto che anche una rappresentanza di donne immigrate e italiane dovesse far parte dell'équipe. Essendo infatti interlocutrici privilegiate nell'ambito dell'intero percorso, sarebbe stato interessante avviare una riflessione collettiva anche a partire dalla loro esperienza e dal loro coinvolgimento attivo. Nel corso del lavoro tuttavia si è scelto di restringere l'équipe ai soli operatori della USL, in quanto le priorità da affrontare riguardavano soprattutto alcune questioni prettamente interne all'organizzazione dei servizi. Pur essendo stata unanimemente riconosciuta l'importanza di condividere quanto emerso durante lo svolgimento del Progetto anche con le donne coinvolte, si è scelto, così, di rimandare tale confronto a eventuali successivi passaggi.

⁽¹⁰⁾ Pur essendo rivolta sia a personale ospedaliero che a quello di territorio, di fatto l'équipe è stata rappresentata esclusivamente da medici e operatori di consultorio; se da una parte questo ha determinato uno specifico orientamento nella scelta dei temi su cui lavorare, dall'altra ha anche di per sé messo in luce la necessità, peraltro già emersa in corso di progetto, di incrementare una sempre più stretta comunicazione e collaborazione tra ospedale e consultorio al fine di garantire una quanto più efficace continuità assistenziale.

⁽¹¹⁾ In merito ai vissuti di spaesamento che caratterizza la condizione migratoria anche per l'assenza della rete femminile che supporta e cura la madre nei mesi precedenti e successivi al parto, si veda anche MORO M.R. 2002.

⁽¹²⁾ Si veda a tale proposito anche MIELI G. 2009.

⁽¹³⁾ Abbiamo scelto di lasciare questa parola in maiuscolo, rispettando la deregistrazione curata dall'infermiera che ha condotto il colloquio. In questo modo, ha infatti voluto sottolineare l'enfasi con cui la donna intervistata ha restituito la propria testimonianza.

⁽¹⁴⁾ La necessità di integrare le componenti biologiche e organiche con quelle psico-socio-culturali si configura ancora come questione cruciale e urgente nella relazione terapeutica. Come evidenzia Tullio Seppilli in un'intervista di Alessandro Lupo: «La ben nota e oramai classica tripartizione dimensionale della malattia formulata dai nostri colleghi nordamericani, la *disease* come processo biologico, la *illness* come suo vissuto soggettivo e la *sickness* come mutamento dello statuto sociale del malato in un contesto storico determinato, è appunto il risultato di una riflessione antropologica e solo di recente la nostra medicina inizia a superare la sua focalizzazione sulla sola *disease*» (SEPPILLI T. intervistato da LUPO A. 2009:14).

⁽¹⁵⁾ Si vedano a tale proposito anche RANISIO G. 1999; BARTOLI L. 2007.

⁽¹⁶⁾ In merito è importante effettuare alcune riflessioni rispetto al ruolo, alla formazione ed anche alle questioni legali implicite nel lavoro degli operatori, sulle cui pratiche incidono almeno quattro fattori:

a) innanzitutto va sottolineato il modello efficientista veicolato in genere dalle istituzioni sanitarie, in particolare gli ospedali, molto centrato sulle pratiche relative al corpo, piuttosto strutturato e di conseguenza poco aperto al mutamento se non è funzionale al sistema. Vanno inoltre considerati i problemi organizzativi e logistici, quali ad esempio la carenza di personale, le problematiche legate alla turnazione, la necessità, soprattutto per il personale di ospedale,

di agire in situazioni d'emergenza, etc., che possono condizionare fortemente pratiche e atteggiamenti degli operatori.

b) Incide inoltre significativamente il timore di incorrere in problemi legali che spesso orienta e condiziona le pratiche, soprattutto quelle legate al parto. Il modello tecnocratico della nascita, infatti, sembra essere quello maggiormente adottato dai ginecologi in quanto fortemente rassicurante (MAFFI I. 2010). Non possiamo certo omettere le reali difficoltà incontrate in tal senso dal personale sanitario, ma a riguardo, rimangono aperte alcune importanti questioni: qual è il confine tra i diritti degli operatori e i diritti delle donne? È possibile pensare a dei percorsi differenti dalla "medicina difensiva"?

c) Vanno inoltre tenuti presenti i percorsi formativi dei medici e degli operatori che tendono ancora ad essere incentrati prevalentemente sulla dimensione organica del corpo a scapito di una visione complessiva della persona, dei suoi vissuti, della sua soggettività.

d) Infine, la tipologia stessa del lavoro, che presuppone un contatto diretto con la dimensione emotiva dell'altro e spesso con la sua sofferenza, porta inevitabilmente ad organizzare delle difese e delle strategie di distacco.

⁽¹⁷⁾ Come sottolinea la stessa Irene Maffi, la medicalizzazione della nascita ha comportato profondi cambiamenti nella pratica ostetrica: «Questa nuova concezione della nascita ha generato effetti sociali e culturali molto profondi che hanno causato non solo mutamenti istituzionali e economici, ma hanno portato anche all'emergere di una nuova cultura della nascita che ha sostituito e in parte cancellato i saperi e le pratiche precedenti bollati come arretrati, barbari e dannosi. Le ostetriche che di quel mondo erano le principali rappresentanti sono in parte scomparse e in parte hanno dovuto adattarsi al nuovo sistema natale, modificando in modo profondo le proprie concezioni e la propria pratica. La scelta era tra scomparire o accettare di cambiare, un cambiamento spesso degradante poiché ha avuto come effetto la loro subordinazione totale alla corporazione dei medici, ai ritmi disumanizzanti del lavoro ospedaliero e alla svalutazione del loro ruolo. [...] Se per alcuni anni questo processo di progressiva medicalizzazione della nascita non ha incontrato critiche sostanziali, durante gli anni Settanta e Ottanta diversi movimenti nati contemporaneamente in Europa e negli Stati Uniti hanno criticato aspramente idee e pratiche che riducevano le donne a soggetti passivi in balia delle logiche tecnologiche e mediche, espropriandole completamente del loro corpo e dell'esperienza positiva della nascita. Alcuni ginecologi, ostetriche e gruppi di donne hanno allora promosso la riscoperta di un modello alternativo della nascita che mirava a valorizzare le potenzialità del corpo femminile, la naturalità del processo della nascita e un approccio meno tecnologico o per niente tecnologico ad essa» (MAFFI I. 2010: 9).

⁽¹⁸⁾ Si confrontino in tal senso MAFFI I. 2010; PIZZINI F. 1988, 1999.

⁽¹⁹⁾ A tale proposito Irene Maffi fa notare che a dispetto dei numerosi studi che dimostrano la pericolosità dell'uso della tecnologia e degli interventi medici dopo il parto, le donne tendano a non percepire i rischi legati ad essi, sottolineando anche come il modello biomedico si concentri prevalentemente sui rischi connessi al processo naturale della nascita, tralasciando quasi del tutto quelli, spesso ben maggiori, legati all'uso indiscriminato della tecnologia. L'eccessiva medicalizzazione che nel corso del tempo ha delegittimato il sapere e il sentire femminile rispetto al proprio corpo ha veicolato un modello che è stato fortemente introiettato dalle donne stesse (capita non di rado che siano proprio le donne a richiedere e voler programmare il parto cesareo), togliendo loro «la possibilità di valorizzare la propria esperienza di gestante e di madre, un'esperienza di cui la donna stessa ha perso coscienza in nome della sicurezza tecnologica» (MAFFI I. 2010: 11). In tal senso è interessante la riflessione avviata in Francia oramai da diversi anni appunto in relazione alla medicalizzazione del parto. Nel piano di perinatalità francese (2005-2007), si legge: «Fino agli anni '70-'80 il campo della nascita era dominato dalla nozione di rischio; oramai viene posto in primo piano il carattere fisiologico e naturale della gravidanza e della nascita. Un cambio fondamentale è impresso nella filosofia della presa in carico della gravidanza e della nascita, attraverso l'integrazione della nozione di sicurezza emozionale nell'accompagnamento dei futuri genitori: in determinate circostanze fare più e meglio nelle situazioni ad alto rischio e meno (e meglio) nelle situazioni a basso rischio» (PUECH F. 2010: 770).

⁽²⁰⁾ Una volta alla settimana le neomamme possono recarsi presso lo Spazio Mamme e ricevere sostegno e consigli dalle ostetriche e dalla psicologa del consultorio; tale spazio si configura inoltre anche come luogo di incontro e scambio tra madri che condividono la medesima esperienza.

⁽²¹⁾ È necessario fornire alcune brevi informazioni inerenti l'organizzazione del reparto di ostetricia. Da qualche anno è stato introdotto il *rooming-in* e, accanto alle camere di degenza delle donne si trova la nursery, in cui i neonati soggiornano generalmente per poco tempo e per motivi differenti; in questo spazio è il personale infermieristico ad occuparsi della cura dei bambini e non le ostetriche del reparto. Queste ultime svolgono comunque visite giornaliere alle madri per verificare il loro stato dopo il parto e l'attacco al seno da parte del bimbo.

⁽²²⁾ Anche in questo caso abbiamo deciso di lasciare le enfasi sottolineate dall'uso dei maiuscoli nella deregistrazione del colloquio in profondità.

⁽²³⁾ Il paracapeccolo è un dispositivo che si applica sul seno della madre e che, molto spesso, viene consigliato alle donne con l'intenzione di fronteggiare diversi tipi di difficoltà in allattamento, quali ragadi o dolori al seno.

⁽²⁴⁾ Dai colloqui in profondità condotti con le donne è emerso che quante non hanno frequentato il corso di accompagnamento alla nascita non hanno ricevuto adeguate informazioni circa l'allattamento al seno e circa le possibilità offerte dai servizi del consultorio. Inoltre, le principali difficoltà rispetto l'allattamento materno sono emerse tra le donne bangladeshi (tutte le donne magrebine e delle aree africane sub-sahariane coinvolte nella ricerca allattavano al seno i propri figli). Nel corso del primo seminario con gli operatori era affiorata una opinione piuttosto radicata tra questi ultimi e cioè che le donne bangladeshi preferiscano allattare artificialmente i propri bambini. Di contro, dai colloqui in profondità svolti con queste ultime, è emerso invece un forte desiderio di allattare naturalmente i propri figli e un buon livello di consapevolezza circa i vantaggi che ne derivano per la salute del bambino. L'esperienza fatta nel consultorio di Arezzo è a riguardo piuttosto significativa. Infatti, a partire dal 2008, si sono svolti dei percorsi di accompagnamento alla nascita specificamente pensati per le donne bangladeshi e condotti da una delle due antropologhe ricercatrici autrici dell'articolo, in stretta collaborazione con la mediatrice linguistico culturale proveniente dal Bangladesh e con un'ostetrica del consultorio. Tutte le donne che hanno partecipato al corso, sono state adeguatamente informate, sostenute e incoraggiate e, di fatto, tutte hanno allattato al seno i propri figli.

⁽²⁵⁾ Quello dell'Accoglienza è un ufficio posto all'ingresso del consultorio, in cui sono generalmente presenti due infermiere. Questo spazio è deputato ad accogliere, informare e orientare gli utenti. Qui viene effettuata la prenotazione di visite specialistiche che si svolgono presso gli ambulatori del consultorio e si consegnano i risultati delle indagini cliniche svolte sempre negli stessi ambulatori. Inoltre, è proprio in questo luogo che avviene la consegna del *Libretto di gravidanza* (vedi nota 26).

⁽²⁶⁾ Il *Libretto di gravidanza*, strumento in cui sono prescritti tutti gli esami clinici da effettuare durante la gestazione, è una peculiarità della Regione Toscana. Dopo la pubblicazione nel 2010 delle *Linee guida sulla gravidanza fisiologica* (MINISTERO DELLA SALUTE - ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ - CENTRO PER LA VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELL'ASSISTENZA SANITARIA [CEVEAS] 2010), altre Regioni si sono dotate di uno strumento simile nel corso del 2011.

Bibliografia

- Ambrosini Maurizio (2005), *Sociologia delle migrazioni*, Il Mulino, Bologna
- BALSAMO Franca (curatore) (1997), *Da una sponda all'altra del Mediterraneo. Donne immigrate e maternità*, L'Harmattan Italia, Torino.
- BARTOLI Lisa (2007), *Venir au monde. Les rites de l'enfantement sur les cinq continents*, Payot, Paris.
- BOURQIA Rahma (1996), *Femmes et fécondité*, Afrique Orient, Casablanca.

CACCIARI Cristina - PIZZINI Franca (1985), *La donna paziente. Modelli di interazione in ostetricia e ginecologia*, UNICOPLI, Milano.

CASTIGLIONI Marta (curatore) (2001), *Percorsi di cura delle donne immigrate. Esperienze e modelli di intervento*, Franco Angeli, Milano.

COLOMBO Grazia - PIZZINI Franca - REGALIA Anita (1984), *Mettere al mondo. La produzione sociale del parto*, Franco Angeli, Milano.

DI CRISTOFARO LONGO Gioia (1992), *Codice madre. Orientamenti, sentimenti e valori nella nuova cultura della maternità*, Armando Roma.

DE MICCO Virginia (curatore) (2002), *Le culture della salute. Immigrazione e sanità: un approccio transculturale*, Liguori Editore, Napoli.

DOTTI Monica - LUCI Simona (2008), *Donne in cammino. Salute e percorsi di cura di donne immigrate*, Franco Angeli, Milano.

DUDEN Barbara (1994), *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri, Torino.

DUDEN Barbara (2006), *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*, Bollati Boringhieri, Torino.

FRYDMAN René - SZEJER Myriam (curatori) (2010), *La naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, Albin Michel, Paris.

JORDAN Brigitte (1984 [1983]), *La nascita in quattro culture. Atteggiamenti e pratiche ostetriche a confronto*, Emme Edizioni, Milano [ediz. orig.: *Birth in four cultures*, Eden, Montreal, 1983].

L'ALBERO DELLA SALUTE - REGIONE TOSCANA (2009), *In Toscana: letture della salute globale dei migranti*, Centro Stampa Giunta Regione Toscana, Firenze.

LOMBARDI Lea (2004), *Donne immigrate in Italia: percorsi migratori e salute riproduttiva*, "Passaggi. Rivista italiana di scienze transculturali", anno II, n. 2, pp. 26-63.

LUATTI LORENZO - LA MASTRA MARCO (curatori) (2007), *Terzo Rapporto sull'immigrazione in provincia di Arezzo*, Assessorato Servizi Sociali e Sanitari e Multiculturalità, Provincia di Arezzo - UCODEP Arezzo - Università degli Studi di Siena, sede di Arezzo.

LUATTI LORENZO - TIZZI GIOVANNA - LA MASTRA MARCO (curatori) (2011), *Arezzo plurale, oggi e domani. Secondo Rapporto sull'immigrazione nella città di Arezzo*, Osservatorio sulle Politiche Sociali, Sezione Immigrazione, Assessorato alle Politiche Sociali della Provincia di Arezzo - Assessorato alle Politiche per l'Integrazione e le Pari Opportunità del Comune di Arezzo - OXFAM Italia.

MAFFI Irene (curatore) (2010), *Nascita*, "Annuario di Antropologia" (Ledizioni, Milano), anno IX, n. 12, 2010 (numero monografico).

MIELI Giuliana (2009), *Il bambino non è un elettrodomestico*, Apogeo, Milano (collana Urrà).

MINISTERO DELLA SALUTE - ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ - CENTRO PER LA VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELL'ASSISTENZA SANITARIA (CEVEAS) (2010), *Gravidanza fisiologica. Linea guida 20*.

MORO Marie Rose (2002 [1994]), *Genitori in esilio. Psicopatologia e migrazione*, Cortina, Milano [ediz. orig.: *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*, Presses Universitaires de France, Paris, 1994].

MUSI Elisabetta (2007), *Concepire la nascita. L'esperienza generativa in prospettiva pedagogica*, Franco Angeli, Milano.

PIZZINI Franca (1988), *Da mani femminili a mani maschili. La medicalizzazione del parto (sec. XVIII - XX)*, video prodotto dalla Provincia di Milano.

PIZZINI Franca (1995), *Goffman in maternità. Etnografia dell'ospedale ostetrico-ginecologico*, "Ossimori. Periodico di antropologia e scienze umane", n. 6, I semestre 1995, pp. 41-44.

PIZZINI Franca (1999), *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli, Milano.

PUECH Francis (2010), *Le plan de périnatalité*, pp. 767-775, in FRYDMAN R. - SZEJER M. (curatori), *La naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, Albin Michel, Paris.

RANISIO Gianfranca (1995), *Sistema natale e contesto culturale. Linee interpretative e approcci di ricerca*, "Etnoantropologia" (Associazione Italiana per le Scienze Etnoantropologiche), n. 3-4, 1995, pp. 152-163.

RANISIO Gianfranca (1996), *Venire al mondo: credenze, pratiche e rituali del parto*, Meltemi, Roma.

SEPPILLI Tullio (2000), *Le nuove immigrazioni e i problemi di strategia dei servizi sanitari europei: un quadro introduttivo*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica.", n. 9-10, ottobre 2000, pp. 35-58.

SEPPILLI Tullio (2009) (intervistato da LUPO Alessandro), *Male, malessere e malattia*, "Primapersona. Percorsi autobiografici" (Semestrale edito dalla Fondazione archivio diaristico nazionale [ONLUS] in collaborazione con la Provincia di Arezzo), anno X, n. 20, gennaio-giugno 2008, pp. 8-17.

SOCIETÀ ITALIANA DI ECOGRAFIA OSTETRICO-GINECOLOGICA (2010), *Linee guida SIEOG*, Editeam, Roma.

VAN GENNEP Arnold (1981 [1909]), *I riti di passaggio*, Bollati Boringhieri, Torino [ediz. orig.: *Les rites de passage*, Émile Nourry, Paris, 1909].

Sitografia

<http://www.epicentro.iss.it/argomenti/allattamento/allattamento.asp> (Portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica. A cura del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute)

www.saperidoc.it (SaPeRiDoc, Centro di documentazione sulla salute perinatale e riproduttiva)

Scheda delle Autrici

Michela Marchetti è nata a Città di Castello nel 1973. Si è laureata nel 2005 nella Facoltà di lettere e filosofia dell'Università degli studi di Perugia con una tesi di antropologia medica (*Effetti patogeni di condizioni ambientali socialmente prodotti. Il caso della coltivazione del tabacco in Alta Valle del Tevere*) elaborata presso la Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio. Nel 2005-2006 ha seguito il Corso di perfezionamento in antropologia medica presso l'Università degli studi di Milano Bicocca e nel 2006-2007 ha frequentato il Master universitario in Medicina internazionale. Dal 2007 al 2009 ha lavorato come ricercatrice e formatrice presso l'Associazione per la solidarietà e la cooperazione internazionale (UCODEP, Arezzo). Lavora dal 2009 come antropologa collaboratrice di ricercatrice nella Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia).

Chiara Polcri è nata ad Arezzo nel 1974. Si è laureata nel 1999 nella Facoltà di lettere e filosofia dell'Università degli studi di Perugia con una tesi di antropologia medica (*La scrittura del silenzio. Le voci altre dell'istituzione manicomiale negli scritti autografi dei ricoverati*) elaborata presso la Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Terri-

torio. Nel 2001 ha conseguito il Master in Comunicazione e media presso l'Università degli studi di Firenze. Nel 2006 ha conseguito il Dottorato di ricerca in Metodologie della ricerca etno-antropologica (Università degli studi di Siena - Università degli studi Perugia - Università degli studi Cagliari) con la tesi *Il cuore sulle labbra. Narrazione e interpretazione dell'esperienza di malattia di soggetti colpiti da infarto acuto del miocardio*. Dal 2002 lavora come antropologa ricercatrice nella Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia), dove si occupa anche di progettazione e formazione.

Riassunto

Gravidanza, parto, puerperio in un contesto d'immigrazione: un approccio antropologico per la calibrazione culturale dei servizi socio-sanitari

L'articolo offre un resoconto del progetto svolto su incarico della USL 8 della Regione Toscana (Arezzo), il cui obiettivo generale è stato quello di elaborare modelli di risposta alle principali questioni problematiche connesse all'esperienza della gravidanza, del parto e del puerperio e alle criticità rilevate dagli operatori soprattutto in relazione all'utenza immigrata. Il lavoro, che è stato realizzato nell'ambito di una specifica proposta formativa rivolta al personale di ospedale e consultorio di area materno-infantile, è stato condotto attraverso una metodica caratterizzata dalla costante intersezione tra il piano della formazione, quello della ricerca e quello "più operativo" dell'intervento. Entro tale quadro, è stata realizzata una indagine in profondità che ha messo in luce alcune importanti questioni: le criticità connesse alla perdita, da parte delle donne, delle reti di sostegno di riferimento dei paesi di origine e la riconfigurazione di nuove modalità e risorse nella distribuzione dei ruoli all'interno della coppia immigrata; il ruolo della soggettività e della dimensione emozionale, anche in rapporto alle relazioni terapeutiche; i processi di medicalizzazione; la tematica della continuità assistenziale tra ospedale e consultorio nella presa in carico della donna e del neonato; le questioni dell'efficacia della comunicazione fornita dai servizi, della scelta dei canali attivati per veicolare le informazioni socio-sanitarie e delle relative conseguenze rispetto all'accesso ai servizi stessi. Il costante confronto su tali temi con gli operatori che hanno partecipato al progetto – confronto che ha incessantemente contraddistinto la metodologia utilizzata – ha permesso di sviluppare un'ampia riflessione intorno alla complessa questione del rapporto tra donne immigrate e servizi preposti alla gestione del parto, della gravidanza e del puerperio, di attivare utili processi di comunicazione tra tutti gli attori coinvolti e di individuare specifici percorsi per la calibrazione culturale dei servizi socio-sanitari.

Parole chiave: servizi socio-sanitari, gravidanza, parto, puerperio, immigrazione, Toscana, Italia

Résumé

Grossesse, accouchement et puerpéralité dans un contexte d'immigration: une approche anthropologique pour la mise au point culturelle des services socio-sanitaires

Le sujet de l'article est le projet promu par l'Unité de la santé 8 (Arezzo) de la Région Toscane, dont le but était de proposer des réponses aux principales questions liées à l'expérience de la grossesse, de l'accouchement à la puerpéralité et plus en général, aux problèmes identifiés par les travailleurs du milieu de l'hôpital à l'encontre des immigrants. Le projet a été mis en œuvre au sein d'une offre de formation spécifique pour le personnel du milieu des hôpitaux dont le service de puériculture et il été réalisée adoptant une méthodologie axée sur l'intersection constante entre les domaines de la formation et la recherche sur un mode d'intervention plus "opérationnel". Cette recherche approfondie se divise en quelques points importants: les problèmes liés à la perte du réseau naturel de soutien que les immigrants pouvaient naturellement avoir dans leurs pays d'origine; la redéfinition de l'environnement quotidien liée aux modalités (administratives, culturel, services sanitaires...) et la distribution des rôles au sein du couple immigré; l'importance de la subjectivité émotionnelle par rapport aux interventions thérapeutiques, au processus de médicalisation, à l'organisation de la prise en charge de la mère et du nouveau-né à la sortie de l'hôpital; quelle communication fournie par les différents services, quels moyens de communication choisis pour véhiculer les informations socio-sanitaires et quels accès et impacts sur les services ciblés. Ce dialogue constant entre les travailleurs de la santé qui ont participé à ce projet et qui est la base de la méthodologie adoptée, a permis de développer une réflexion large autour de la question complexe de la relation entre les femmes immigrantes et les services hospitaliers, d'activer un processus de communication utile entre tous les acteurs impliqués afin de développer des axes spécifiques pour améliorer la mise au point culturelle des services socio-sanitaires.

Mots clés: services socio-sanitaires, grossesse, accouchement, puerpéralité, immigration, Toscana, Italia

Resumen

Embarazo, parto, puerperio en un contexto de inmigración: un enfoque antropológico para la calibración cultural de los servicios socio-sanitarios

El artículo presenta un reporte del proyecto desarrollado por encargo de la Unidad de Salud 8 (Arezzo) de la Región Toscana cuyo objetivo fue de elaborar modelos de respuesta a las principales problemáticas vinculadas al embarazo, al parto o al puerperio y a las complicaciones observadas por los operadores sobre todo en

relación con las usuarias migrantes. El trabajo, realizado en el marco de una propuesta formativa específica dirigida al personal de hospitales y de consultorios materno-infantiles, se llevó a cabo a través de un método caracterizado por la intersección constante entre el plano de la formación, el de la investigación y el de la intervención “más operativo”. Dentro de este marco, se realizó una investigación profunda que ha puesto en evidencia algunas cuestiones importantes: las complicaciones relacionadas a la pérdida, por parte de las mujeres, de las redes de soporte de referencia con sus países de origen y la reconfiguración de nuevas modalidades y de recursos en la distribución de los roles al interno de la pareja migrante; el rol de la subjetividad y de la dimensión emocional, también en cuanto a las relaciones terapéuticas; los procesos de medicación; la temática de la continuidad asistencial entre hospital y consultorio en los cuidados a la mujer y neonato; la cuestión de la eficacia de la comunicación que proveen los servicios, de la elección de los canales activados para presentar la información socio-sanitaria y las consecuencias relativas en cuanto al acceso a los mismos servicios. La discusión constante sobre estos temas con los operadores que participaron al proyecto – discusión que ha marcado la metodología utilizada – ha permitido desarrollar una profunda reflexión sobre la compleja cuestión de la relación entre mujeres migrantes y servicios de salud para la gestión del parto, del embarazo y del puerperio, para activar procesos de comunicación útiles entre todos los involucrados y para individuar los enfoques específicos necesarios para la calibración cultural de los servicios socio-sanitarios.

Palabras llave: servicios socio-sanitarios, embarazo, parto, puerperio, inmigración, Toscana, Italia

Abstract

Pregnancy, delivery, puerperium in an immigrant context: an anthropological approach to promote cultural fine-tuning in social health services

The article focuses on the project promoted by Tuscany's Health Unit n. 8 (Arezzo), whose general goal was to offer possible models of response to the main issues related to the experience of pregnancy, delivery and puerperium and to the critical urgencies noted by health workers, with special emphasis on immigrant users. The project was implemented within a specific offer of training for the Hospital's personnel and the Mother-child Department of the family care and Planning unit's personnel. It was carried out adopting a methodology focusing on the constant intersection between the areas of training, research and the possibility of a more “operative” mode of intervention. Within this setting an in-depth research was undertaken that brought to light a few important issues: the critical urgencies related to the women's loss of a

supportive network they could count on in the Countries of origin; the redefinition of new modalities and resources in role distribution within the immigrant couple; the importance of emotional subjectivity in relation to therapeutic interventions; the medicalization process; the theme of continuity in taking charge of mother and newborn in the passage from the Hospital to the Family care and Planning unit; the issue of how effective the communication offered by the services was in relation to the channels of communication chosen and to their impact on the access to the services. The constant dialogue with the health workers who took part in the project – which was the mark of the methodology adopted – has allowed to develop a wide reflexion around the complex issue of the relationship between the immigrant women and the services in charge of pregnancy and puerperium, and to activate a useful process of communication among all the actors involved, focusing on specific paths to improve the cultural fine tuning of social health services.

Key words: social health services, pregnancy, delivery, puerperium, immigration, Toscana, Italia