

La salute delle mamme e dei bambini migranti: l'esperienza del centro di salute e ascolto dell'ospedale San Paolo di Milano

Barbara Grijuela

Ginecologa, Centro di salute e ascolto per le donne straniere e i loro bambini
Ostetricia e Ginecologia, Ospedale San Paolo, ASST Santi Paolo e Carlo di Milano

E' attivo dal 2000 presso l'Ospedale San Paolo di Milano il Centro di salute e ascolto per le donne straniere e i loro bambini, un servizio multidisciplinare ambulatoriale dedicato alla salute e al benessere delle donne provenienti da altri paesi, che diventano madri in Italia.

Le donne rappresentano il 50% dei migranti in Europa e sono in gran parte in età riproduttiva. Da diversi anni i parti delle donne immigrate a Milano oscillano tra il 30 e il 40% nelle diverse maternità milanesi. All'ospedale San Paolo nel 2022 sono stati il 42%.

Le nostre istituzioni faticano ad attrezzarsi per accogliere e assistere adeguatamente queste donne, e la diversità di lingua e di cultura è spesso vista ancor oggi come un ostacolo e non come una ricchezza.

Caratteristiche innovative di questo servizio sono la presenza di un'equipe multidisciplinare composta di varie figure professionali femminili, la presenza costante e continua di mediatrici linguistico-culturali in ogni fase del percorso di cura, l'istituzione e il consolidamento di una rete sia con i servizi intraospedalieri, come la sala parto e i reparti di ostetricia e pediatria, sia extra-ospedalieri, come i consultori e le realtà del terzo settore sociale.

L'accesso al servizio è libero per le urgenze, programmato per le situazioni differibili, sono contemporaneamente presenti diverse operatrici, una ginecologa, un'ostetrica, un'assistente sociale, una psicologa, una pediatra e un gruppo di mediatrici linguistico-culturali di lingua araba, spagnola, filippina, cinese, cingalese, bengalese. Le mediatrici di altri idiomi sono chiamate in caso di necessità specifiche. Il centro è aperto tre volte la settimana, e offre visite ostetriche e ginecologiche, visite pediatriche per il primo anno di vita del bambino, colloqui psicologici e sociali, colloqui individuali mirati con l'ostetrica, gruppi terapeutici di clinica transculturale, traduzione di materiale informativo.

Il personale medico fa parte dell'organico ospedaliero, mentre le mediatrici linguistico-culturali, le psicologhe, le assistenti sociali e l'ostetrica fanno parte della cooperativa sociale Crinali. Un servizio analogo è presente presso l'Ospedale San Carlo di Milano.

Obiettivi del Centro di salute e ascolto sin dalla sua fondazione sono stati garantire un'assistenza che tenga conto delle differenze culturali, semplificare e migliorare l'ac-

cesso alle strutture sanitarie, ridurre il numero di accessi impropri al pronto soccorso, sensibilizzare il personale sanitario, garantire quindi il diritto alle cure di una popolazione sempre più spesso vulnerabile, in un'ottica di tipo transculturale. Come asserito dalla rivista Lancet nel 2014, il sistematico mancato riconoscimento dell'influenza delle culture sulla salute rappresenta la principale barriera al miglioramento degli standard di cura.

La salute riproduttiva delle donne e il periodo perinatale rappresentano un'area d'intervento sanitario di primaria importanza. Durante la gravidanza, il parto e il puerperio, s'integrano, infatti, piani biologici, psicologici, sociali e culturali.

La gravidanza, il parto, le cure al neonato, l'educazione dei bambini, sono profondamente impregnati di cultura e rimandano a come un determinato gruppo culturale concepisce la vita e il mondo. Nella migrazione, il mondo esterno, cioè il paese in cui si migra, spesso non è coerente con il mondo interno delle proprie origini, e le rappresentazioni sulla maternità, il parto, la famiglia, la cura dei bambini, non corrispondono a quelle del nuovo Paese. Questo porta alla disgregazione del cosiddetto involucro culturale, la donna diviene vulnerabile, trasmette la propria insicurezza al bambino, rendendolo a sua volta vulnerabile. Accogliere e rafforzare il benessere fisico ed emozionale delle madri pertanto significa renderle più sicure, rendendo più sicuri i neonati e i bambini che nasceranno. La salute delle mamme e dei bambini è pensata insieme da professioniste differenti, che intersecano le proprie competenze e le proprie professionalità in una direzione comune. Lavorare insieme in modo coerente e continuativo non è semplice né scontato, e richiede un decentramento rispetto alla propria cultura professionale. Dopo un ascolto attento è necessario offrire delle risposte, che siano sia corrette da un punto di vista sanitario, sia culturalmente appropriate e rispettose.

I problemi dell'incontro non sono marginali: come capire e come farsi capire, come integrare le diverse medicine, le diverse rappresentazioni dei sanitari e dei servizi in cui lavorano, come comprendere le diverse rappresentazioni della famiglia e dei ruoli di genere e familiari, come accettare ed elaborare i diversi modi di vivere il tempo e gli appuntamenti ospedalieri.

Il lavoro quotidiano che si svolge al Centro di salute e Ascolto per le donne straniere è fatto di una serie di momenti.

Il primo e fondamentale momento è l'accoglienza, da cui emerge sia l'importanza della mediatrice, ponte tra due culture, sia il decentramento culturale attuato dall'operatrice sanitaria.

Il secondo momento è garantire l'accessibilità alle cure, farsi mediatori di un sistema sanitario non sempre facilmente accessibile, mediare per l'ottenimento di una tessera sanitaria o di titoli di assistenza equiparati, come il codice STP. Nonostante l'articolo 32 della Costituzione italiana identifichi la salute come "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività", dunque non vincolato alla cittadinanza o allo status regolare o irregolare, non sempre le cure sanitarie sono garantite o ovvie per i migranti.

Il terzo momento è garantire un approccio transculturale alle cure, mediare tra i diversi modi di curare il corpo e le emozioni.

Infine, garantire l'adeguatezza delle cure, in una popolazione in cui viene sempre più frequentemente meno il concetto di "migrante sano".

In Europa sono descritti oramai da anni dei peggiori esiti sia materni sia neonatali nelle popolazioni migranti, soprattutto se di tipo forzato. E' stata dimostrata una maggior incidenza di tagli cesarei, parti strumentali, patologie della gravidanza, basso indice di APGAR e basso peso alla nascita dei neonati. Il rischio di morte nelle madri migranti è circa doppio rispetto alla popolazione autoctona. La principale causa di ciò risiede nella ridotta accessibilità alle cure, o comunque in percorsi di cura inadeguati, cui si associano patologie peculiari dei paesi d'origine, che spesso disconosciamo alle nostre latitudini.

Anche in Lombardia vi è un maggior tasso di tagli cesarei nelle donne migranti di origine africana, vengono eseguite un minor numero di visite in gravidanza, un minor numero di ecografie ostetriche ed esami di diagnosi prenatale, e i neonati di mamme migranti hanno un minor indice di APGAR e una maggiore probabilità di ricovero nei reparti di patologia e terapia intensiva neonatale.

E' inoltre dimostrato che i peggiori esiti sia materni sia neonatali nella popolazione migrante si osservano in quei Paesi con una politica di bassa integrazione.

In una recente tesi di laurea su più di 27.000 donne che hanno partorito presso l'ospedale San Paolo tra il 2000 e il 2020, di cui 9.000 straniere, le donne migranti hanno dimostrato avere una maggior incidenza di patologie della gravidanza quali diabete, obesità, malattie infettive, mentre i neonati hanno presentato una maggiore incidenza di disturbi di accrescimento e minor indice di APGAR alla nascita. Nella popolazione migrante, la sottopopolazione

seguita al centro, pur partendo da una situazione di maggior vulnerabilità sanitaria, ha però dimostrato degli esiti al parto e degli esiti neonatali sovrapponibili alla popolazione autoctona, a dimostrazione del fatto che i controlli regolari in gravidanza migliorano gli esiti, rispetto ai mancati controlli o agli scarsi controlli, come avvenuto nelle altre donne che hanno partorito presso il punto nascita.

Il dispositivo gruppale di lavoro adottato al Centro è il frutto di ricerche non solo mediche, ma anche antropologiche, psicologiche e sociali. Il gruppo in molte culture è protettivo, più sicuro rispetto alla relazione duale, è mediazione tra terapie occidentali e tradizionali, permette di far circolare diverse rappresentazioni del problema, e consente l'elaborazione del controtransfert culturale.

Per quanto riguarda la metodologia di lavoro del Centro, sono riportati di seguito alcuni suggerimenti e alcuni esempi. E' importante ricordare che la metodologia di lavoro, così come la migrazione, sono processi dinamici, che sono stati modificati e adattati nel corso del tempo, pur mantenendo alcuni principi e alcuni tempi imprescindibili. Al primo incontro, il cosiddetto colloquio di accoglienza, è innanzitutto necessario spiegare come avvengono i controlli in gravidanza nel nostro Paese, esplicitando l'importanza di esami, ecografie, visite regolari.

E' necessario condividere sempre il piano di cura e attribuirne il senso, non dare nulla per scontato, essere rispettosi dei significati culturali e religiosi che vengono attribuiti alla gravidanza, utilizzare il linguaggio non verbale, spiegare sempre che la mediatrice, oltre ad essere vincolata ai principi di riservatezza e segretezza al pari di ogni figura sanitaria, è necessaria a noi operatrici per capire e curare al meglio.

E' necessario partire dal presupposto che in molte culture la gravidanza, il parto e il puerperio sono momenti delicati in cui il mondo terreno e il mondo ultraterreno s'incontrano, ciò condiziona il modo di percepire e recepire le cure, e noi dobbiamo esserne consapevoli. Ad esempio, la gravidanza è spesso celata e non manifesta, come avviene nella cultura occidentale, per proteggere il feto dall'invidia, dal malocchio, dagli spiriti del mondo ultraterreno (JINN). Le operatrici sanitarie questo aspetto lo devono conoscere, e grazie all'intervento delle mediane spiegare invece l'importanza di interventi medici volti a disvelare il feto, come i controlli prenatali precoci, le ecografie e gli accertamenti di diagnosi prenatale.

Allo stesso modo, in molte culture la gravidanza è percepita come un fenomeno naturale, in cui il corpo della donna si accresce, rischiando di misconoscere alcuni sintomi e segni di patologia, come l'eccessivo incremento ponderale, gli edemi, la cefalea, i disturbi visivi. L'operatrice sanitaria deve esserne consapevole, informare ed essere persuasiva in tal senso grazie all'intervento della

mediatrice.

Molte culture tradizionali prevedono alcune restrizioni rituali, come il digiuno e l'inattività fisica. Ciò è molto importante in periodi dell'anno particolari, come il mese del digiuno religioso islamico (RAMADAN). Grazie all'approccio transculturale, operatrici sanitarie e mediatri linguistico-culturali hanno il compito di spiegare alle donne il potenziale dannoso che il digiuno può avere sulla madre e sul feto, e soprattutto l'infondatezza della pratica in gravidanza anche da un punto di vista religioso, dal momento che il corano fa rientrare la gravidanza e l'allattamento in quelle situazioni in cui il digiuno può essere interrotto. Un momento particolarmente importante nel percorso di accompagnamento alla nascita delle donne migranti è rappresentato dal colloquio individuale con l'ostetrica in preparazione del parto, circa due mesi prima della data presunta del parto. È un momento cruciale per spiegare come si partorisce nei nostri punti nascita, le modalità di accesso, gli operatori presenti, i riti e i rituali al momento del parto, come il taglio del cordone ombelicale, la visione della placenta e del sangue, il contatto con il bambino. Anche in questo caso è necessario non dare nulla per scontato; prima di proporre momenti che oramai fanno parte del processo di umanizzazione occidentale della sala parto, come il contatto pelle a pelle nelle prime due ore di vita (skin to skin), il taglio del cordone ombelicale da parte del papà, bisogna spiegare, e la donna deve comprendere prima di poter accettare consapevolmente. Anche l'analgesia del parto va spiegata e compresa, perché in molte culture vi è una corrispondenza tra il dolore e l'essere una buona madre.

Esiste poi il concetto di "buon parto" e "cattivo parto" legato alla modalità di travaglio e di parto. È un compito delle operatrici sanitarie e delle mediatri spiegare l'importanza che l'eventuale medicalizzazione dell'evento nascita può avere per il benessere della mamma e del bambino, per permettere alle donne di comprendere e non accettare passivamente azioni mediche come l'induzione del travaglio di parto, l'applicazione della ventosa ostetrica o il ricorso al taglio cesareo.

Il percorso di cura e accompagnamento non si riduce ovviamente alla gravidanza e al parto, ma prosegue per il post-partum e per il primo anno di vita del neonato. Questo programma di controlli permette da un lato di parlare di contraccezione e prevenzione con le mamme, e dall'altro lato di monitorare l'accrescimento del bambino e le tappe di attaccamento mamma-bambino.

I quaranta giorni dopo il parto in molte culture rappresentano un momento di confinamento per la madre e il bambino, che spetta alle operatrici sanitarie conoscere e contrastare, per spiegare invece l'importanza del movimento, per perdere peso, e per ridurre il rischio di trombosi ed embolia polmonare, nonché l'importanza dell'esposizione del neonato alla luce solare, per la prevenzione dell'ittero e del deficit di vitamina D.

I controlli del bambino nel primo anno di vita in un servizio dedicato consentono di valutare le tappe di sviluppo psico-motorio, l'accrescimento, l'aderenza al programma vaccinale, l'allattamento e il divezzamento, sempre in un'ottica transculturale che non stigmatizzi un modo altro di essere madre. Il centro di salute e ascolto, essendo riferimento regionale per il riconoscimento e la cura delle mutilazioni genitali femminili (MGF), grazie alla copresenza di ginecologhe e pediatri permette infine di mettere in atto un protocollo condiviso di intervento di contrasto della pratica nelle generazioni successive.

Da oltre vent'anni il centro di salute e ascolto per le donne straniere e i loro bambini ha preso in carico più di diecimila donne, spesso vulnerabili in conseguenza delle loro storie migratorie, e che per le loro esperienze di vita non hanno sperimentato legami sicuri. Le ha sostenute con legami sicuri, per rafforzare il loro senso di autostima, e accompagnate a divenire più sensibili rispetto ai messaggi dei loro bambini.

In questo panorama, tutti i professionisti che operano nelle diverse realtà, non solo ospedaliere, hanno dimostrato essere dei potenti tutori di resilienza, mentre le mediatri linguistico-culturali rappresentano quotidianamente quelle figure cruciali che potenziano i servizi come luoghi di resilienza.