

Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma
Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli"

Scuola Provinciale Superiore di Sanità Bolzano
Claudiana
Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe Bozen

**CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA
LAUREATSSTUDIENGANG FÜR HEBAMMEN**

TESI DI LAUREA
DIPLOMARBEIT

L'assistenza ostetrica in contesti multiculturali: revisione della letteratura e
studio empirico e nella Provincia Autonoma di Bolzano

Die Hebammenbetreuung in multikulturellen Kontexten: Eine Literaturübersicht
und empirische Studie in der Autonomen Provinz Bozen

Relatore/Erstbetreuer:

Dott.ssa Stablum Sonia

Correlatore/Zweitbetreuer:

Dott.ssa Beraldin Nicole

Laureanda/Verfasserin der Diplomarbeit

Mulas Emily

Anno accademico/ Akademisches Jahr 2024/2025

Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma
Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli"

Scuola Provinciale Superiore di Sanità Bolzano
Claudiana
Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe Bozen

**CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA
LAUREATSSTUDIENGANG FÜR HEBAMMEN**

TESI DI LAUREA
DIPLOMARBEIT

L'assistenza ostetrica in contesti multiculturali: revisione della letteratura e
studio empirico e nella Provincia Autonoma di Bolzano

Die Hebammenbetreuung in multikulturellen Kontexten: Eine Literaturübersicht
und empirische Studie in der Autonomen Provinz Bozen

Relatore/Erstbetreuer:

Dott.ssa Stablum Sonia

Correlatore/Zweitbetreuer:

Dott.ssa Beraldin Nicole

Laureanda/Verfasserin der Diplomarbeit

Mulas Emily

Anno accademico/ Akademisches Jahr 2024/2025

Sommario

ABSTRACT	1
Prefazione.....	4
Capitolo 1: Migrazione.....	7
1.1 Definizione di migrazione	8
1.2 Dati statistici sull'immigrazione in Italia e nella Provincia Autonoma di Bolzano	9
1.2.1 Dossier statistico immigrazione 2024: confronto tra l'Italia e la Provincia autonoma di Bolzano	9
1.2.2 I primi 10 Paesi per numero di residenti e % sul totale dei residenti stranieri nell'anno 2022 nella provincia autonoma di Bolzano	10
1.3 Immigrati e povertà.....	13
1.4 Iscrizione al Servizio Sanitario Provinciale e accesso alle cure per cittadini stranieri in Italia e nella Provincia Autonoma di Bolzano	13
1.5 Natalità e fecondità.....	15
Capitolo 2: Aspetti culturali	18
2.1 Multiculturalismo.....	18
2.2 Interculturalismo	18
2.3 Il contatto culturale	19
2.4 La competenza culturale	19
2.5 Le barriere culturali.....	20
Capitolo 3: Revisione della letteratura.....	21
3.1 Quesito di ricerca	21
3.2 Metodo PIO	22
3.3 Materiali e metodi	22
Capitolo 4: Ostacoli nell' assistenza ostetrica	31
4.1 Le barriere culturali nell'assistenza ostetrica	31
4.2 Discriminazione	31
4.3 Impatto delle credenze religiose.....	32
4.4 Costruzione culturale del corpo, della sessualità femminile e delle relazioni di genere	34
4.5 Barriere linguistiche verbali	34
4.5.1 Competenza linguistica limitata	34
4.5.2 Mancanza di alfabetizzazione sanitaria	36

4.6 Barriere di Linguaggio Non Verbale e Contesto Comunicativo	36
4.6.1 Carenza di Informazione	36
4.6.2 Comunicazione Inefficace.....	37
4.7 La gestione del dolore e il ruolo dell'ostetrica	37
4.8 Implicazioni per la pratica ostetrica	39
Capitolo 5: Culture a confronto.....	41
5.1 Africa: rituali, credenze e pratiche nella salute materna	41
5.2 Marocco: pratiche e tradizioni legate alla salute materna	52
5.3 Paesi asiatici: Credenze e pratiche tradizionali durante gravidanza, parto e post-partum.....	57
Capitolo 6: Indagine qualitativa nella provincia di Bolzano.....	63
6.1 Prospettive per l'indagine.....	63
6.2 Quesito di ricerca	63
6.3 Metodo PICO	64
6.4 Obiettivo di ricerca	65
6.5 Materiali e metodi.....	65
6.6 Campionamento.....	66
6.7 Risultati	66
Capitolo 7: Conclusioni.....	81
7.1 Limiti e dell'indagine e punti di forza del metodo.....	82
7.2 Implicazioni per la pratica clinica.....	83
BIBLIOGRAFIA:	
Allegati.....	
Ringraziamenti.....	

ABSTRACT

Problema di ricerca

Il problema centrale di questa ricerca riguarda le difficoltà assistenziali che le donne straniere incontrano durante gravidanza e parto nella Provincia Autonoma di Bolzano, legate principalmente a barriere linguistiche e culturali. L'assistenza ostetrica, pur basata su protocolli standardizzati, spesso non risponde alle aspettative delle donne, influenzate dalle tradizioni e credenze del paese d'origine. Le differenze culturali e le difficoltà comunicative possono ostacolare una relazione efficace con il personale sanitario, limitando la comprensione delle procedure e la possibilità di partecipare attivamente alle decisioni.

Obiettivo di ricerca

L'obiettivo è esplorare i principali ostacoli nell'assistenza ostetrica in contesti multiculturali e individuare strategie per rendere i servizi più inclusivi. La ricerca analizza come le aspettative culturali influenzino l'esperienza di gravidanza e parto, identificando aree di soddisfazione e criticità. L'obiettivo finale è proporre interventi che favoriscano un'assistenza rispettosa delle differenze, attraverso formazione interculturale, mediatori linguistici e materiali informativi multilingue.

Materiali e Metodi

Lo studio si è articolato in tre fasi:

- Revisione della letteratura: condotta su PubMed, CINAHL, Scopus e Web of Science, includendo articoli degli ultimi quindici anni in inglese e italiano, relativi all'assistenza ostetrica in contesti multiculturali, alle barriere linguistiche e alla competenza culturale.
- Indagine qualitativa: questionari distribuiti presso il reparto di ostetricia e sala parto dell'ospedale di Bolzano e in associazioni territoriali (Caritas, Donne

Nissa, Savera, Il Melograno, Frühe Hilfen, Casa Arnika, Casa Noah). Il campione comprende 50 donne straniere di diverse nazionalità.

- Proposte per la pratica ostetrica confrontando la letteratura con i risultati dell'indagine

Risultati della ricerca

I dati mostrano criticità significative:

- Soddisfazione: solo il 40% molto soddisfatta in gravidanza e il 36% al parto.
- Barriere linguistiche: il 38% indica la lingua come ostacolo principale, il 22% la mancanza di interpreti.
- Continuità assistenziale: garantita solo al 42%; frequenti cambi di personale ostacolano la fiducia.
- Informazione e corsi preparto: partecipazione limitata (38%); cause principali scarsa informazione (44%) e difficoltà linguistiche (22%).
- Coinvolgimento nelle decisioni: pieno solo per il 42%; molte donne desiderano maggiore ascolto e partecipazione.
- Rispetto delle pratiche culturali: garantito senza problemi solo al 44%; il 42% non era informata sulla possibilità di richiederlo.

Proposte di miglioramento: materiale informativo multilingue (32%), mediatori linguistici e culturali (28%), immagini e pittogrammi di supporto (10%) spiegazioni più semplici e corsi preparto dedicati. Gli incontri di gruppo si sono rivelati utili per ridurre l'isolamento e favorire il confronto.

Discussione

I risultati confermano quanto riportato dalla letteratura: barriere linguistiche, scarsa informazione e mancato rispetto delle pratiche culturali sono ostacoli diffusi. Per migliorare l'assistenza ostetrica in contesti multiculturali è necessario adottare un approccio flessibile e culturalmente competente, investendo nella formazione degli operatori, nella presenza di mediatori e nella produzione di

materiali tradotti. La collaborazione con associazioni locali e l'ascolto diretto delle donne emergono come strategie fondamentali per costruire percorsi nascita più inclusivi. Nonostante i limiti legati alla rappresentatività del campione, la ricerca qualitativa ha permesso di individuare bisogni concreti e proporre soluzioni pratiche, in linea con le raccomandazioni internazionali.

Parole chiave: competenza culturale, assistenza ostetrica, barriere culturali, multiculturalità, percezioni materne, Provincia Autonoma di Bolzano.

Prefazione

La gravidanza e il parto non sono soltanto eventi biologici: rappresentano momenti profondamente legati alla cultura, alle tradizioni e alle aspettative di ogni donna. Quando questi vissuti si collocano in un contesto migratorio, l'esperienza si presenta ancora più complessa, intrecciando emozioni, barriere linguistiche e differenze di valori. In un mondo sempre più multiculturale, il percorso nascita diventa un luogo di incontro tra sistemi di cura diversi, dove la comunicazione e la comprensione reciproca assumono un ruolo centrale.

Quando il percorso nascita coinvolge donne provenienti da contesti culturali differenti, emergono sfide che vanno oltre l'aspetto clinico. Differenze linguistiche, credenze e pratiche tradizionali possono influenzare la percezione dell'assistenza ostetrica e la qualità dell'esperienza vissuta. Anche in presenza di cure tecnicamente adeguate, la mancanza di comprensione reciproca rischia di generare insoddisfazione e frustrazione, sia nelle donne che nei professionisti sanitari.

Nei tirocini svolti durante il mio percorso formativo, ho avuto modo di confrontarmi con situazioni complesse che coinvolgevano donne straniere in gravidanza e al momento del parto. In particolare, le principali difficoltà riscontrate sembravano derivare da problematiche di comunicazione e da differenze culturali. Questa esperienza mi ha spinto a riflettere su come queste donne, provenienti da contesti culturali diversi, vivano l'assistenza ostetrica in Italia e quanto questa possa discostarsi dalle loro aspettative. Ho considerato, inoltre, come le loro tradizioni e credenze legate alla gravidanza e al parto possano influenzare la loro percezione dell'assistenza ricevuta. Le barriere culturali, unite a possibili difficoltà di comunicazione, possono compromettere la qualità dell'esperienza di queste donne, anche in presenza di un'assistenza tecnicamente adeguata. La difficoltà nell'esprimere chiaramente bisogni e aspettative può generare insoddisfazione e frustrazione. Tuttavia, è fondamentale garantire che ogni donna, indipendentemente dal suo background culturale, possa vivere un'esperienza di

parto positiva. Ciò richiede un'assistenza ostetrica inclusiva, capace di adattarsi alle diverse tradizioni culturali e di rispettarle, al fine di offrire un'esperienza migliore e più soddisfacente.

La tesi si articola in diverse sezioni, con l'obiettivo di offrire una visione completa e approfondita dell'assistenza ostetrica in un contesto multiculturale. Nella parte introduttiva vengono presentati il quadro teorico e le principali problematiche legate alla migrazione, alle differenze culturali e alle barriere comunicative che possono influenzare il percorso nascita.

La sezione centrale è dedicata al quesito di ricerca e alla metodologia adottata. La ricerca si compone di due fasi: una revisione della letteratura scientifica, condotta su banche dati internazionali (PubMed, CINAHL, Scopus, Web of Science), per contestualizzare il fenomeno e individuare le criticità più rilevanti emerse negli studi recenti.

Segue un'indagine qualitativa svolta tramite la somministrazione di un questionario cartaceo autoprodotta, in tre lingue, rivolto a donne straniere in gravidanza o nel puerperio residenti in Alto Adige. Il campione comprende 50 donne di diverse nazionalità, selezionate per raccogliere esperienze eterogenee e rappresentative del contesto locale.

L'obiettivo di questa ricerca è, pertanto, esplorare come le donne straniere percepiscono l'assistenza ostetrica durante la gravidanza e il parto in Italia, e più nello specifico nella provincia autonoma di Bolzano, identificando aree di soddisfazione e di disagio, e comprendendo l'impatto delle loro aspettative culturali sul loro vissuto.

Capitolo 1: Migrazione

La gravidanza rappresenta un momento di profonda trasformazione nella vita di ogni donna, un periodo caratterizzato da vulnerabilità emotiva, cambiamenti fisici e rielaborazione identitaria. Questo processo, legato al contesto familiare e culturale di appartenenza, assume una complessità ulteriore quando si intreccia con l'esperienza migratoria. Migrare, infatti, comporta la perdita improvvisa dei riferimenti culturali, sociali e affettivi, generando un senso di incertezza e disorientamento che può accentuarsi proprio durante il percorso di maternità. Ogni parto rappresenta un evento unico e irripetibile, poiché unica è la donna che lo vive. Alcune nascite si rivelano ancora più complesse da gestire a causa di fattori di diversità etnica che non si esauriscono nella sola barriera linguistica, ma si estendono a dimensioni culturali, religiose e antropologiche.

La crescente presenza di donne provenienti da contesti migratori nei percorsi di assistenza ostetrica impone una riflessione sull'influenza che le credenze culturali e religiose esercitano sull'adesione ai controlli prenatali. In molte società tradizionali, la gravidanza è considerata una condizione fisiologica che non richiede particolari controlli medici, mentre nel contesto occidentale predomina un approccio medicalizzato, con monitoraggi regolari e procedure standardizzate. Questo divario culturale può rendere difficile, per le donne immigrate, comprendere e accettare le pratiche ostetriche occidentali, generando resistenze o incertezze rispetto a visite, ecografie, esami del sangue o procedure di diagnosi prenatale.

In alcune comunità, come quella araba, è diffusa la convinzione che le visite ginecologiche e le ecografie precoci possano nuocere al feto; ciò comporta una scarsa partecipazione ai controlli nel primo trimestre di gravidanza. Le donne cinesi, con un approccio spesso improntato al pragmatismo e a una visione energetica dell'organismo, tendono a considerare superflui gli esami ematochimici periodici, ritenendo che i prelievi di sangue possano alterare l'equilibrio energetico del corpo. Di contro, le donne sudamericane e filippine

mostrano una maggiore familiarità con il modello sanitario occidentale, partecipando regolarmente agli esami e alle visite previste.

Un ambito particolarmente delicato è rappresentato dalla diagnosi prenatale, in cui emergono con evidenza le differenze tra la prospettiva occidentale e quelle di altri contesti culturali. Nella cultura occidentale, la malattia e la diversità sono spesso vissute con difficoltà e portano più frequentemente al rifiuto della nascita di un bambino con malformazioni o disabilità. Al contrario, in molte società tradizionali vi è una più ampia capacità di accettazione e una tendenza a interpretare la malattia e la diversità attraverso chiavi di lettura simboliche e spirituali. (Buscaglia et al., 2004)

1.1 Definizione di migrazione

“Spostamento di persone dal luogo di residenza abituale a un nuovo luogo di residenza, attraverso un confine internazionale (migrazione internazionale) o all'interno di uno Stato (migrazione interna), includendo qualsiasi tipo di spostamento delle persone, a prescindere dalla durata, dalla composizione e dalle cause.” (Cit. International Organization for Migration, 2025)

Secondo l'organizzazione delle nazioni unite non esiste una definizione universalmente condivisa di “migrazione” o “migrante”, ma ci sono diverse definizioni ampiamente accettate che sono state sviluppate in diversi contesti. Ad esempio, il Dipartimento degli Affari Economici e Sociali delle Nazioni Unite definisce migrante di lungo periodo una persona che vive fuori dal proprio Paese d'origine per almeno 12 mesi.

Questa definizione molto ampia comprende tutte le forme di migrazione (migrazione volontaria/forzata, interna/internazionale, a lungo o a breve termine), le varie motivazioni che spingono le persone a migrare (migrazione dovuta a persecuzioni politiche, conflitti, difficoltà economiche, degrado ambientale o una combinazione di questi fattori, o migrazione alla ricerca di migliori opportunità economiche, di sopravvivenza, di benessere o per altri motivi, come il

ricongiungimento familiare) e, indipendentemente dai mezzi utilizzati per migrare (migrazione legale/irregolare). Pertanto, essa include la migrazione di rifugiati, sfollati, migranti economici e persone che si spostano per altri motivi, incluso il ricongiungimento familiare.

Secondo l'ONU, la definizione di "spostamenti per periodi più brevi" non viene considerata migrazione. (*Migrazione, European Migration Network*, n.d.)

L'organizzazione delle nazioni unite (ONU, n.d.) definisce come "Migrazione", nel contesto dell'Unione Europea, un'azione con cui una persona:

- 1) "stabilisce la sua dimora abituale nel territorio di uno Stato membro per un periodo che è, o dovrebbe essere, di almeno dodici mesi, dopo aver avuto in precedenza la residenza in un altro Stato membro o in un paese terzo"; oppure
- 2) "avendo avuto in precedenza la residenza nel territorio di uno Stato membro, cessa di avere la sua dimora abituale in tale Stato membro per un periodo che è, o dovrebbe essere, di almeno dodici mesi".

(Cit. *Migrazione, European Migration Network*, n.d.)

1.2 Dati statistici sull'immigrazione in Italia e nella Provincia Autonoma di Bolzano

Le stime attuali delle Nazioni Unite (ONU), dichiarano che nel mondo ci sono circa 281 milioni di migranti internazionali, pari al 3,6% della popolazione mondiale. Un numero crescente di persone viene sfollato, dentro e fuori il proprio Paese di origine, a causa di conflitti, violenza, instabilità politica o economica, nonché del cambiamento climatico e di altri disastri. (Colafrancesco, 2024)

1.2.1 Dossier statistico immigrazione 2024: confronto tra l'Italia e la Provincia autonoma di Bolzano

La Provincia Autonoma di Bolzano – Alto Adige ha pubblicato il dossier statistico dell'immigrazione in Italia e in Alto Adige del 2024. Secondo le stime attuali, i

residenti stranieri in Italia nell'anno 2024 sono pari a 5.307.598 (+166mila rispetto ai 5.141.341 del 2022), che corrisponde al 9,0% della popolazione totale, di cui il 50,5% è di sesso femminile. L'età media degli stranieri in Italia è pari 36,4 anni, in confronto all'età media dei residenti italiani che ammonta a 47,6 anni.

Nel 2023, la popolazione con cittadinanza straniera in Alto Adige si distingue per essere prevalentemente giovane, femminile e, in gran parte, europea. Secondo le stime dell'Istat, nella provincia di Bolzano risiedono 55.490 stranieri, pari al 10,3% della popolazione complessiva. Di questi, il 51,1% sono donne e il 49,9% uomini, con circa il 66% sotto i 45 anni (di cui l'18,9% ha meno di 18 anni). Una porzione significativa, il 61,7%, proviene dall'Europa, di cui il 50,4% da Paesi dell'Unione Europea, il 48,3% dall'Europa centrale e orientale, e l'1,3% da altri Paesi europei. Questi dati sono estratti dal Dossier statistico immigrazione 2024 Idos, presentato il 29 ottobre 2025 da Matthias Oberbacher e Fernando Biague, autori della sezione altoatesina, insieme a Michela Morandini, direttrice del Dipartimento, e Daniela Zambaldi, responsabile del Servizio di coordinamento per l'integrazione. (Provincia Autonoma di Bolzano, 2024)

1.2.2 I primi 10 Paesi per numero di residenti e % sul totale dei residenti stranieri nell'anno 2022 nella provincia autonoma di Bolzano

Paese	Numero	Percentuale
Romania	1.081.836	21,0%
Albania	416.829	8,1%
Marocco	415.088	8,1%
Cina	307.038	6,0%
Ucraina	249.613	4,9%
Bangladesh	174.058	3,4%
India	167.333	3,3%

Filippine	158.926	3,1%
Egitto	147.797	2,9%
Pakistan	144.129	2,8%

(Provincia Autonoma di Bolzano, 2024)

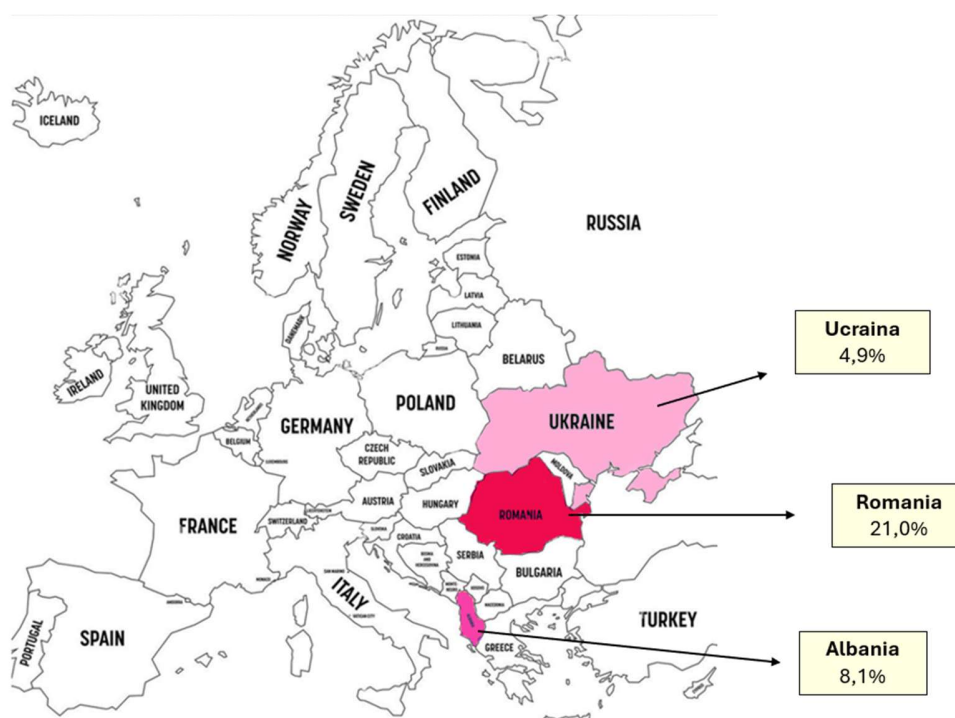


Grafico I: percentuale degli immigrati dei paesi europei sul totale dei residenti stranieri in Alto Adige



Grafico II: percentuale degli immigrati dei paesi africani sul totale dei residenti stranieri in Alto Adige

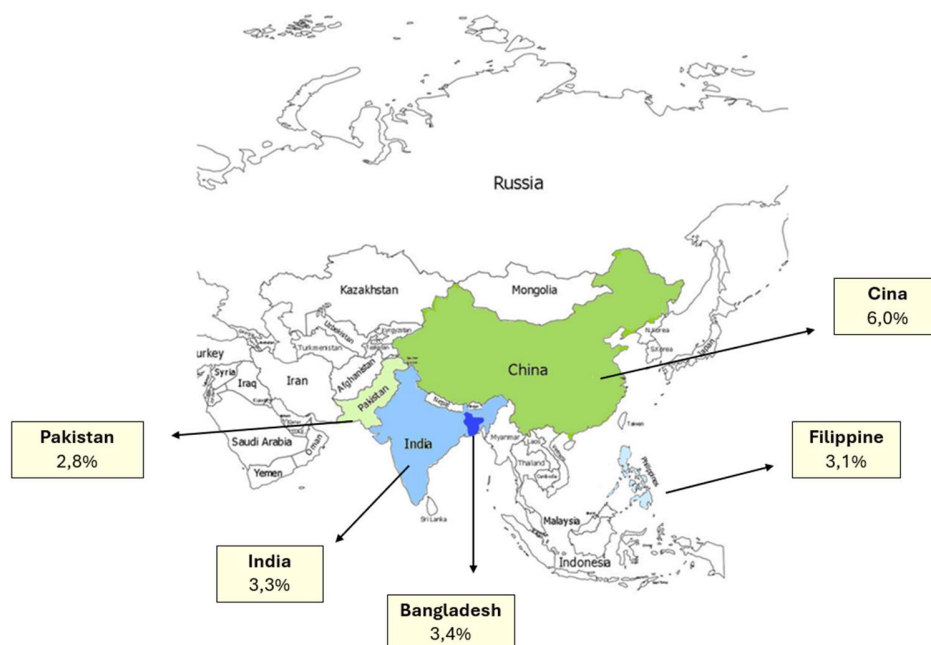


Grafico III: percentuale degli immigrati dei paesi asiatici sul totale dei residenti stranieri in Alto Adige

1.3 Immigrati e povertà

Nella Provincia Autonoma di Bolzano, nel 2024, gli stranieri costituiscono il 16% della popolazione a rischio di povertà ed esclusione sociale, il 17% di quella a rischio di povertà in senso stretto e il 34% di quanti vivono in povertà assoluta (Provincia Autonoma di Bolzano, 2024).

Anche in ambito ostetrico, questo dato riveste una particolare rilevanza quando si parla di donne straniere, poiché contribuisce a delineare in modo più chiaro le difficoltà e i bisogni specifici di questa popolazione. Offre una prospettiva importante per comprendere lo stato di salute delle donne immigrate. Queste informazioni sono fondamentali per identificare le problematiche socioeconomiche che influenzano l'accesso alle cure, la qualità della vita e le necessità specifiche in ambito ostetrico, consentendo di sviluppare interventi mirati e inclusivi.

1.4 Iscrizione al Servizio Sanitario Provinciale e accesso alle cure per cittadini stranieri in Italia e nella Provincia Autonoma di Bolzano

In Italia, gli stranieri che soggiornano regolarmente hanno l'obbligo di iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Questo vale per chi possiede un permesso di soggiorno o ne ha richiesto il rinnovo per motivi di lavoro, familiari, studio, protezione internazionale o umanitaria. L'iscrizione obbligatoria non riguarda solo gli adulti, ma anche categorie particolarmente vulnerabili, come i minori stranieri (inclusi quelli affidati o in attesa di adozione), le donne in gravidanza e nel puerperio fino a sei mesi dopo il parto, i richiedenti cittadinanza italiana che hanno presentato la domanda, così come detenuti, internati o persone in semilibertà. Inoltre, l'obbligo comprende chi sta attendendo la esplicitazione di un ricorso legale relativo a espulsione o a provvedimenti sul permesso di soggiorno.

Per gli stranieri regolarmente soggiornanti che non rientrano nelle categorie obbligatorie, l'accesso al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) può essere

volontario. In alternativa, possono stipulare una assicurazione sanitaria privata valida sul territorio italiano. L'iscrizione volontaria è spesso scelta da studenti stranieri, da coloro che partecipano a programmi di scambio culturale (collocati alla pari) o da stranieri ultrasessantacinquenni ricongiunti in Italia con i figli, con alcune distinzioni a seconda della loro cittadinanza.

Per quanto riguarda gli stranieri privi di permesso di soggiorno, in Italia viene comunque garantito il diritto alle cure mediche urgenti ed essenziali, senza rischio di segnalazione alle autorità. A questo scopo esiste la possibilità di accedere ai servizi sanitari tramite il codice STP (Straniero Temporaneamente Presente), che consente l'erogazione delle prestazioni di primo soccorso, cure ambulatoriali e ricoveri urgenti, valido per 6 mesi e rinnovabile.

Le cure garantite comprendono, oltre a quelle urgenti, anche quelle essenziali e continuative: interventi ospedalieri e ambulatoriali, programmi di prevenzione, riabilitazione post-infortunistica, riduzione del rischio nei comportamenti pericolosi e tutela della salute mentale. Sono incluse anche la tutela della gravidanza e della maternità, con accesso ai consultori familiari, la protezione della salute dei minori, le vaccinazioni e le campagne di prevenzione collettiva, nonché la profilassi internazionale e la cura delle malattie infettive. Particolare attenzione viene riservata a prestazioni preventive nei confronti dei soggetti tossicodipendenti e delle persone affette da HIV.

Qualora il cittadino straniero non disponga di risorse economiche sufficienti, è tenuto a versare solo una parte del ticket sanitario (quota di partecipazione). Nei casi di totale indigenza, è possibile ottenere l'esonero dal pagamento mediante la sottoscrizione di una dichiarazione di indigenza, valida sei mesi.

Conformemente a quanto previsto per i cittadini italiani, anche lo straniero presente irregolarmente in Italia e in difficoltà economica, può essere esonerato dal pagamento del ticket nelle seguenti circostanze:

- Accesso a prestazioni sanitarie di primo livello (medicina generale, servizi per le dipendenze, consultorio familiare, ecc.);

- Cure urgenti, ovvero quelle che non possono essere differite senza rischio per la vita o per la salute della persona;
- Stato di gravidanza;
- Presenza di patologie esenti;
- Condizioni legate all'età o a gravi stati invalidanti.

Nella Provincia di Bolzano sono attivi ambulatori ospedalieri dedicati a queste situazioni.

Qualora la persona straniera non regolarizzi la propria posizione, le spese sanitarie sostenute, come giorni di degenza ospedaliera o interventi come il parto e il taglio cesareo, vengono addebitate direttamente all'interessato. L'ostetrica, in quanto professionista sanitaria, la quale può essere coinvolta in simili situazioni, esercita altresì una funzione di informazione e orientamento burocratico, al fine di indirizzare le donne in gravidanza verso la regolarizzazione della loro posizione amministrativa e garantire così l'accesso completo e gratuito ai servizi offerti dal sistema sanitario nazionale. (Provincia Autonoma di Bolzano, 2024)

1.5 Natalità e fecondità

Diminuzione delle nascite da genitori stranieri in Italia: un fenomeno legato alla maturazione del processo migratorio

Secondo l'ISTAT (2024), il progressivo rafforzamento del fenomeno migratorio in Italia, testimoniato anche dall'incremento del numero di persone che hanno acquisito la cittadinanza italiana – circa 1,9 milioni di residenti al termine del 2023 – rende sempre più complessa l'analisi dei comportamenti demografici e familiari dei cittadini di origine straniera. Le acquisizioni di cittadinanza, infatti, interessano gruppi numericamente rilevanti, in particolare le donne di origine albanese, marocchina e rumena, che da sole hanno rappresentato nel 2023 il 35% del totale delle concessioni. Si tratta delle comunità che tradizionalmente hanno contribuito in misura significativa alla natalità complessiva del Paese.

In questo contesto, si conferma anche nel 2023 la tendenza alla diminuzione delle nascite da coppie in cui almeno uno dei genitori è straniero. Tali nascite, che rappresentano il 21,3% del totale, sono passate da 82.216 nel 2022 a 80.942 nel 2023. Rispetto al 2012, ultimo anno in cui si era registrato un incremento.

Nel dettaglio, i nati da coppie miste, che costituiscono il 7,8% del totale, si mantengono sostanzialmente stabili, con 29.495 nati nel 2023. I nati da entrambi i genitori stranieri, pari al 13,5% del totale (51.447 nel 2023 rispetto ai 53.079 del 2022), registrano un calo annuale del 3,1%, a fronte di una riduzione del 3,9% osservato tra i nati da coppie italiane.

Dal punto di vista territoriale, la distribuzione delle nascite da almeno un genitore straniero riflette la geografia storica dell'insediamento della popolazione straniera. Nel 2023, la quota di queste nascite è pari al 30% nel Nord e al 23,7% nel Centro, aree in cui la presenza straniera risulta più consolidata. Nel Meridione, invece, l'incidenza si attesta al 9%.

Considerando esclusivamente i nati da entrambi i genitori stranieri, le percentuali risultano più contenute ma seguono uno schema simile: il 19,1% dei nati nel Nord e il 15,4% nel Centro proviene da coppie interamente straniere, contro il 5,5% del Meridione.

Analizzando le principali cittadinanze dei genitori stranieri, al primo posto si collocano i nati da almeno un genitore di cittadinanza rumena (11.450 nel 2023), seguiti da quelli con almeno un genitore marocchino (9.943) e albanese (9.218). Queste tre cittadinanze rappresentano complessivamente il 37,8% delle nascite da coppie in cui almeno uno dei genitori è straniero. (ISTAT – Istituto Nazionale di Statistica, 2024)

Secondo i dati dell'Istituto Provinciale di Statistica (ASTAT, 2021), le donne straniere residenti in Alto Adige presentano tassi di natalità e fecondità superiori rispetto alle donne con cittadinanza italiana. Nel 2019, il tasso di natalità per le donne straniere ammontava al 14,3‰, mentre per le donne italiane al 9,5‰. Questo differenziale è attribuibile alla maggiore incidenza di donne in età fertile

tra la popolazione straniera: il 59,0% delle donne straniere sono in età fertile, contro il 40,7% delle donne italiane. Inoltre, una donna straniera ha una fecondità totale media di 2,4 figli nel corso della vita, mentre una donna italiana ne ha 1,5. Tuttavia, è importante notare che, nonostante il contributo positivo degli stranieri, il tasso di fecondità totale (numero medio di figli per donna) si attesta a 1,75, ancora al di sotto del livello necessario per garantire il ricambio generazionale. Questi dati sottolineano l'importanza di considerare le specificità della popolazione straniera nella pianificazione di politiche sociali e sanitarie mirate, al fine di rispondere adeguatamente alle esigenze delle diverse fasce della popolazione. (Istituto Provinciale di Statistica-ASTAT, 2021)

Capitolo 2: Aspetti culturali

2.1 Multiculturalismo

s. m. [der. di *multiculturale*]. – Politica orientata alla tutela dell'identità culturale e linguistica di ciascuna delle componenti etniche che compongono uno stato.

“Il multiculturalismo, quale garanzia di coabitazione di diverse culture in un territorio, è un carattere distintivo delle società democratiche, dove si confrontano visioni, convinzioni e idee diverse. In particolare, nei paesi occidentali, le differenze culturali sono aumentate nel tempo, alimentate da politiche culturali che promuovono il diritto alla diversità e dalla crescente immigrazione, che introduce nuove differenze evidenti. Le società occidentali hanno risposto a questa sfida con approcci variabili, tra cui il modello assimilazionista, che promuove l'integrazione nella cultura del paese d'accoglienza, e quello separatista, che difende l'autonomia delle diverse comunità. Entrambi i modelli si sono rivelati insufficienti, mentre paesi come l'Italia hanno adottato soluzioni pragmatiche, ma anch'esse problematiche. La crescente diversità suggerisce che un approccio interculturale, che riconosca l'immigrazione come un'opportunità per la costruzione di identità nuove, possa risultare più efficace. Questo approccio dovrebbe valorizzare la ricchezza culturale derivante dalla combinazione tra la cultura d'origine e quella di accoglienza, pur affrontando i conflitti che emergono sui valori fondamentali, rispettando la dignità e l'uguaglianza dei diritti umani”
(Cit. Enciclopedia Treccani, 2013, Multiculturalismo/Interculturalismo)

2.2 Interculturalismo

L'interculturalismo si distingue dal multiculturalismo principalmente dal dialogo tra differenti culture. Questo approccio promuove l'apertura verso l'altro e valorizza la dimensione dinamica delle trasformazioni culturali. Mentre il multiculturalismo, pur nelle sue varie declinazioni, tende a sottolineare le differenze tra le culture,

l'interculturalismo mette in risalto le affinità e si basa su uno scambio personale, reciproco e simmetrico all'interno del processo di acculturazione, ovvero quel cambiamento culturale che si verifica attraverso il contatto diretto e continuativo tra persone di tradizioni differenti. Inoltre, mentre una società multiculturale è caratterizzata dalla coesistenza di culture separate e distinte, la società interculturale si definisce per la ricchezza dei contatti, delle relazioni e degli scambi tra individui appartenenti a diversi contesti culturali. (Valtolina, n.d.)

2.3 Il contatto culturale

Come evidenziato nell'Enciclopedia delle Scienze Sociali (Treccani), si parla di *contatto culturale* quando persone appartenenti a due o più gruppi con culture diverse si incontrano e interagiscono, dando origine a cambiamenti culturali. Questo tipo di contatto può portare all'adozione di elementi di una cultura da parte dell'altra, all'introduzione di idee che stimolano trasformazioni interne nella cultura che le riceve, oppure ad altre reazioni che modificano una o entrambe le culture coinvolte. I fenomeni legati al contatto culturale sono centrali per comprendere la storia della cultura e i processi di cambiamento culturale. (Enciclopedia Treccani, 1992).

2.4 La competenza culturale

Betancourt (2005) definisce la competenza culturale come la "comprensione dell'importanza delle influenze sociali e culturali sulle credenze e sui comportamenti dei pazienti in materia di salute" (Cit. Betancourt, 2005, pag. 5). Betancourt definisce l'importanza dell'elaborazione di interventi che tengano conto di questi aspetti per assicurare un'assistenza sanitaria di qualità a popolazioni di pazienti diverse. La letteratura sottolinea l'importanza di un approccio *culturalmente competente*, che consenta all'ostetrica di riconoscere e rispettare la particolarità culturale della donna, promuovendo una comunicazione

efficace e un'alleanza assistenziale basata su fiducia, ascolto e partecipazione. Il potenziamento della formazione interculturale degli operatori sanitari, insieme all'utilizzo di mediatori linguistico-culturali, rappresenta una strategia fondamentale per superare queste barriere. Infine, la competenza transculturale consiste nel concentrarsi sulle somiglianze piuttosto che sulle differenze. (Betancourt et al., 2005)

2.5 Le barriere culturali

Le barriere culturali rappresentano ostacoli alla comunicazione e alla comprensione reciproca che emergono a causa delle differenze nei sistemi di valori, norme, linguaggi, credenze e comportamenti tra individui appartenenti a culture differenti. Tali barriere possono interferire nei processi di interazione interculturale, generando incomprensioni, conflitti o atteggiamenti discriminatori. Secondo l'Agenda della Disabilità (2023), le barriere culturali "derivano da pregiudizi, rappresentazioni distorte, conoscenze parziali che generano in modo diffuso convinzioni, stereotipi e atteggiamenti discriminatori".

Are, G. della guida degli psicologi (2021), sostiene che gli ostacoli legati alle barriere culturali non sono solo legati alla lingua, ma anche alla percezione della realtà, ai codici comportamentali e alle aspettative implicite nelle interazioni sociali. In particolare, nel contesto interculturale, la mancanza di consapevolezza delle proprie categorie culturali può rafforzare stereotipi e dinamiche di esclusione.

Le barriere culturali, quindi, non sono solo fenomeni individuali, ma si radicano in contesti sociali e strutturali più ampi, influenzando profondamente i processi di inclusione e partecipazione. (Are, 2022).

Capitolo 3: Revisione della letteratura

È stata condotta una ricerca bibliografica con l'obiettivo di esplorare le pratiche e le credenze culturali nel mondo relative a gravidanza, parto e puerperio, nonché le possibili barriere che queste possono rappresentare nell'ambito dell'assistenza ostetrica.

La ricerca è stata organizzata in due fasi distinte. Nella prima fase, ho indagato sulle difficoltà generali legate all'assistenza multiculturale, comprese le barriere linguistiche e culturali e i fenomeni di discriminazione.

Nella seconda fase, invece, l'attenzione si è concentrata sulle specifiche differenze culturali presenti nel mondo, con l'obiettivo di creare una sorta di "mappamondo" dell'esperienza della gravidanza, del parto e del puerperio, nonché del ruolo dell'ostetrica in contesti culturali diversi.

3.1 Quesito di ricerca

Per l'elaborazione della tesi sono stati definiti due quesiti di ricerca principali, che guidano l'intero percorso di analisi.

Il primo quesito si concentra sull'esplorazione delle differenze culturali relative alla gravidanza, al parto e al puerperio nei diversi Paesi del mondo. L'obiettivo è comprendere come le pratiche, le credenze e le tradizioni varino in base al contesto culturale e quali conseguenze queste differenze possano avere sull'assistenza ostetrica. Per affrontare questa sezione è stato adottato il metodo di ricerca PIO (Population, Intervention, Outcome), che consente di strutturare l'indagine in modo sistematico.

"Quali differenze culturali emergono in gravidanza, parto e puerperio nei diversi Paesi del mondo e quali implicazioni hanno per l'assistenza ostetrica?"

Questa analisi non si limita a descrivere le pratiche, ma mira a evidenziare come tali differenze influenzino la relazione tra professionisti sanitari e donne, la pianificazione dei servizi e la qualità dell'assistenza. Verranno considerati aspetti

quali rituali, norme sociali, aspettative familiari e approcci alla gestione del dolore, con particolare attenzione alle ricadute pratiche per l'ostetrica nel contesto multiculturale.

Il secondo quesito riguarda un'indagine qualitativa, volta ad approfondire le percezioni e le esperienze delle donne in relazione ai temi trattati. Questa parte sarà sviluppata nel Capitolo 6, dove verranno illustrati il disegno metodologico, le tecniche di raccolta dati e l'analisi delle testimonianze, per valorizzare le esperienze dirette delle donne e connettere la dimensione culturale a quella personale.

3.2 Metodo PIO

La ricerca è stata condotta seguendo il metodo PIO, con le seguenti specificazioni:

- **P (Popolazione):** donne provenienti da paesi e culture del mondo diversi, durante gravidanza, parto e puerperio;
- **I (Intervento):** differenze culturali, credenze, e pratiche legate alla gravidanza, al parto e al puerperio;
- **O (Outcome):** Influenza delle differenze culturali sulle aspettative e percezioni, identificazione degli aspetti soddisfacenti e delle criticità e proposte per migliorare l'inclusività e il rispetto delle diversità culturali.

3.3 Materiali e metodi

Per la revisione della letteratura sono state consultate diverse banche dati scientifiche, tra cui PubMed, CINAHL, Scopus e Web of Science, integrate da report e risorse online di organizzazioni internazionali quali WHO, UNICEF e ISTAT, con l'obiettivo di ottenere una panoramica completa sulle pratiche culturali

e sulle potenziali criticità nell'assistenza materno-infantile. I risultati di questa fase sono stati raccolti attraverso articoli pubblicati su riviste specialistiche, linee guida e documenti reperiti su siti web autorevoli come quelli dell'OMS, dell'AOGOI e dell'UNICEF, garantendo così l'affidabilità delle fonti utilizzate.

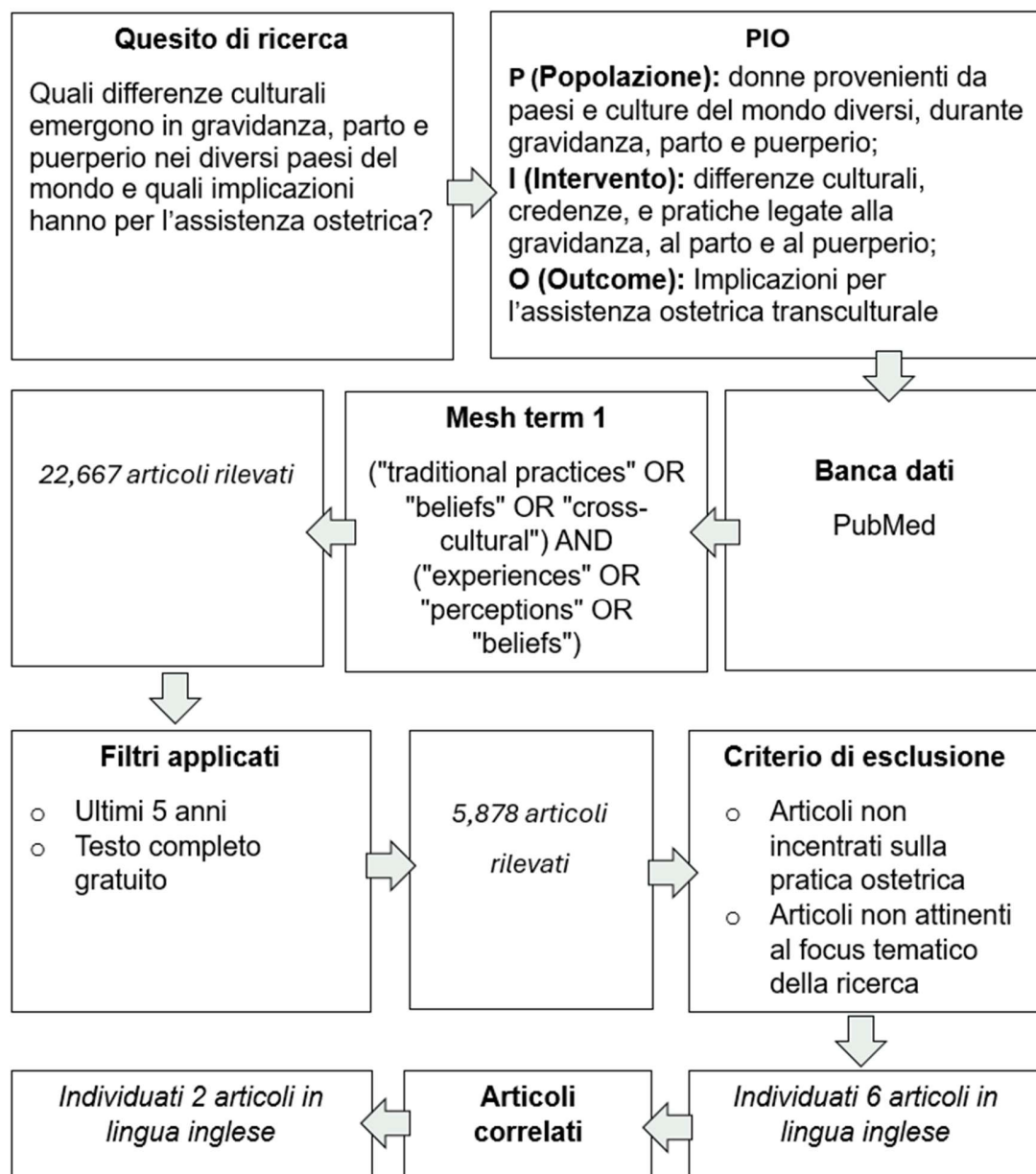
La ricerca bibliografica su PubMed è stata condotta utilizzando tre diverse strategie, ciascuna basata su un set distinto di MeSH Terms, per coprire in modo esaustivo tutte le aree di interesse della domanda di ricerca. Questa scelta ha permesso di includere studi pertinenti a diversi aspetti del fenomeno, riducendo il rischio di omissioni.

Tutte e tre le ricerche si basano sulla medesima domanda di ricerca e sullo stesso schema PIO (Population, Intervention, Outcome), assicurando coerenza tra i dati raccolti. Inoltre, sono stati applicati criteri di inclusione ed esclusione definiti a priori per garantire la qualità e la pertinenza degli studi selezionati.

Mesh Term 1: ("traditional practices" OR "beliefs" OR "cross-cultural") AND ("experiences" OR "perceptions").

Nella banca dati PubMed sono stati inizialmente individuati 22,667 risultati, con i filtri "ultimi 5 anni" e "testo completo gratuito". Sono stati individuati 5,878 articoli scientifici. Sono stati esclusi gli articoli che non trattano la pratica ostetrica o che risultano non pertinenti rispetto al focus della ricerca.

Sono stati scelti 6 articoli in lingua inglese, le cui ricerche riguardano i seguenti paesi e culture: Bangladesh, Uganda, Zimbabwe, paesi europei, diversi paesi asiatici, Nepal e Gambia. Altri 2 articoli sono stati individuati tramite la funzione "articoli correlati". Due di questi articoli sono datati più di 5 anni fa.



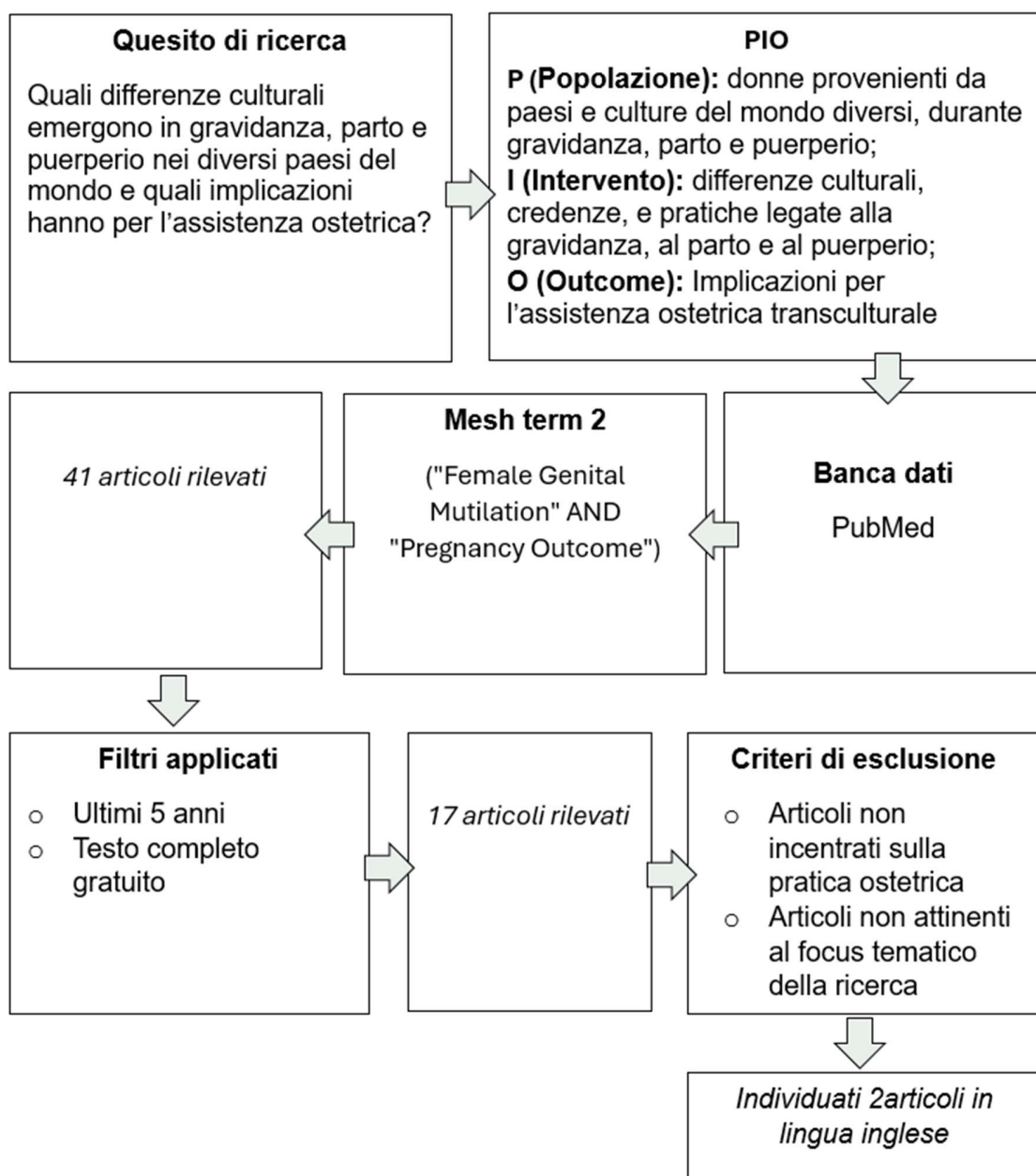
Mesh Term 1: ("traditional practices" OR "beliefs" OR "cross-cultural") AND ("experiences" OR "perceptions").

N	Autore/I e anno	Titolo/Fonte	Contesto/ Paese	Tema principale	Rilevanza per la tesi
1	Afsana & Rashid, (2001)	The challenges of meeting rural Bangladeshi women's needs in delivery care	Bangladesh rurale	Barriere culturali nell'accesso ai servizi ostetrici	Evidenzia le difficoltà di soddisfare i bisogni delle donne in contesti rurali e culturalmente diversi
2	Atukunda et al., (2020)	Women's Choice to Deliver at Home	Uganda sud-occidentale	Fattori psicosociali e culturali nella scelta del parto a domicilio	Rilevante per comprendere come cultura e percezioni influenzino il luogo del parto
3	Barrio-Ruiz et al., (2023)	Language and Cultural Barriers and Facilitators of Sexual and Reproductive Health Care	Paesi europei ad alto reddito	Barriere linguistiche e culturali nella salute sessuale e riproduttiva	Per analizzare l'impatto delle barriere linguistiche sull'assistenza ostetrica multiculturale
4	Kaphle et al. (2013)	Childbirth traditions and cultural perceptions of safety in Nepal	Nepal, villaggi di montagna	Tradizioni ostetriche e sicurezza percepita	Per comprendere il ruolo delle credenze culturali nelle scelte ostetriche
5	Mawoza et al. (2019)	Prevalence of Traditional Medicine Use during Pregnancy at	Zimbabwe rurale	Uso di medicina tradizionale e in gravidanza	Pratiche culturali alternative all'assistenza formale

		Labour and for Postpartum Care in a Rural Area in Zimbabwe		e post-partum	
6	Musie et al. (2022)	African indigenous beliefs and practices during pregnancy, birth and after birth	Africa	Pratiche e credenze indigene	Esempi pratici di influenze culturali sulla gravidanza e il parto
7	Thapa et al. (2000)	High-risk childbirth practices in remote Nepal	Nepal rurale	Pratiche ostetriche a rischio e determinanti	Legame tra culture in aree rurali e sicurezza ostetrica
8	Withers et al. (2017)	Traditional beliefs and practices in pregnancy, childbirth and postpartum	Paesi asiatici	Credenze e pratiche tradizionali	Influenze culturali asiatiche sull'assistenza ostetrica

La seconda ricerca è stata fatta con i seguenti Mesh Terms: ("Female Genital Mutilation" AND "Pregnancy Outcome") per ricercare gli effetti delle mutilazioni genitali femminile (MGF) sulla gravidanza e parto. Sono stati individuati 41 articoli, con i filtri "ultimi 5 anni" e "teso completo gratuito", gli articoli si sono ridotti a 17. Sono stati esclusi gli articoli che non trattano la pratica ostetrica o che risultano

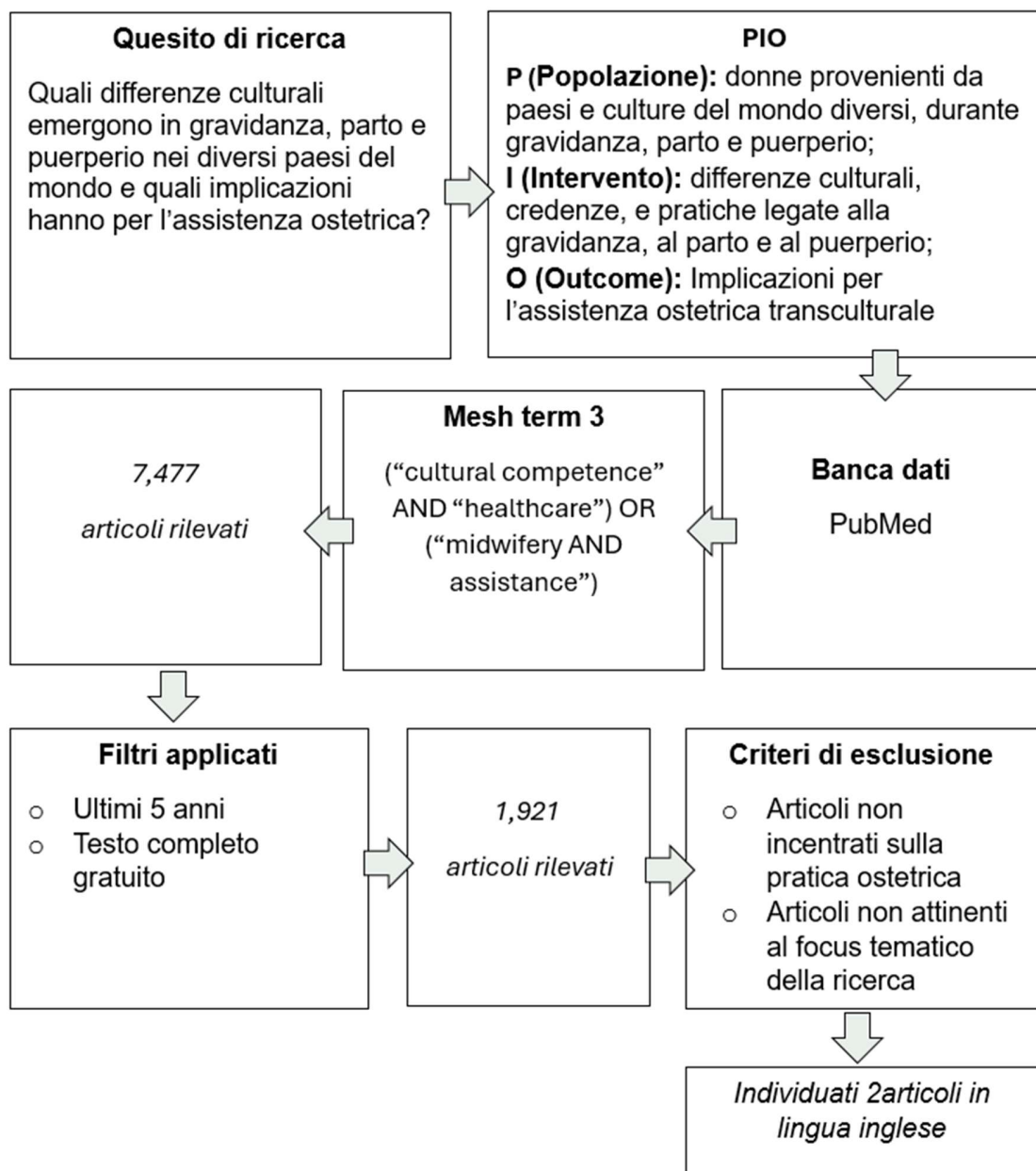
non pertinenti rispetto al focus della ricerca. 2 articoli in lingua inglese sono stati scelti per la ricerca.



Mesh Term 2: ("Female Genital Mutilation" AND "Pregnancy Outcome")

N	Autore/I e anno	Titolo/Fonte	Contesto/ Paese	Tema principale	Rilevanza per la tesi
1	Bonavina et al. (2024)	Effect of type III female genital mutilation on obstetric outcomes	Effect of type III female genital mutilation on obstetric outcomes	Conseguenze della mutilazione genitale femminile	L'impatto delle pratiche culturali sulle complicanze ostetriche
2	Idoko et al. (2022)	Obstetric outcome of female genital mutilation in the Gambia	Gambia	Effetti della mutilazione genitale sulle gravidanze	Implicazioni cliniche di pratiche culturali specifiche

La terza ricerca è stata condotta con i seguenti Mesh Terms: ("cultural competence" AND "healthcare") OR ("midwifery AND assistance") ha individuato inizialmente 7,477 articoli, ridotti a 1.921 articoli con il filtro "testo completo gratuito". Sono stati esclusi gli articoli che non trattano la pratica ostetrica o che risultano non pertinenti rispetto al focus della ricerca. 2 articoli in lingua inglese sono stati scelti per la ricerca.



Mesh Term 3: (“cultural competence” AND “healthcare”) OR (“midwifery AND assistance”)

N	Autore/I e anno	Titolo/Fonte	Contesto / Paese	Tema principale	Rilevanza per la tesi
1	Betancourt et al. (2003)	Defining Cultural Competence	USA	Competenza culturale in sanità	Competenza culturale applicabile all'ostetricia
2	Navarro-Prado et al. (2022)	Cultural influence on the expression of labour-associated pain	Spagna	Influenza culturale sull'espressione del dolore	Il ruolo della cultura nella comunicazione del dolore durante il parto

La revisione è stata ulteriormente arricchita da altri articoli scientifici provenienti da diverse banche dati e riviste specialistiche, come *Österreichische Hebammenzeitung*, linee guida Aogoi, e da siti web istituzionali quali European Migration Network, UNICEF, National Institutes of Health e Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Capitolo 4: Ostacoli nell'assistenza ostetrica

4.1 Le barriere culturali nell'assistenza ostetrica

Nel contesto dell'assistenza ostetrica, le barriere culturali rappresentano uno degli ostacoli principali alla realizzazione di un'assistenza equa, personalizzata e centrata sulla donna. Tali barriere si manifestano attraverso differenze nei valori, credenze, pratiche religiose, norme sociali e stili comunicativi tra l'ostetrica e la donna assistita, influenzando la qualità della relazione e l'efficacia degli interventi sanitari. In particolare, le donne appartenenti a contesti migratori o a minoranze culturali possono sperimentare difficoltà nell'accesso ai servizi perinatali, mancanza di comprensione reciproca, o sentirsi escluse dalle decisioni cliniche. Queste dinamiche possono generare ansia, sfiducia e una ridotta adesione ai percorsi assistenziali. (Betancourt et al., 2005)

In diversi studi condotti in Canada, USA e in Australia, emerge che spesso le difficoltà hanno origine nella scarsa competenza culturale da parte dei professionisti sanitari: Dalla semplice stretta di mano, percepita come contatto fisico indesiderato, fino al trattamento insensibile nei confronti di pratiche come le mutilazioni genitali femminili (MGF), la scarsa consapevolezza culturale del personale sanitario può causare esperienze traumatiche per le pazienti migranti. (Mengesha et al., 2017; Machado et al., 2021; Agbemenu et al., 2019)

4.2 Discriminazione

In un contesto di immigrazione, spesso le donne affrontano fenomeni di discriminazione, basati sull'accento, l'aspetto o la provenienza etnica. Queste caratteristiche influenzano negativamente la qualità dell'assistenza. In generale, una mancanza di fiducia legata a esperienze traumatiche pregresse o a stereotipi culturali compromette la relazione con il personale sanitario.

In uno studio sulle barriere linguistiche e culturali di Carmen Barrio-Ruiz et al. (2023) è emerso che l'imposizione dei valori culturali del Paese ospitante nell'assistenza alla salute sessuale e riproduttiva (SSR), da parte dei professionisti sanitari, costituisce una barriera significativa, rendendo il confronto tra pazienti e professionisti difficoltoso. Alcune pratiche cliniche si pongono in netto contrasto con le convinzioni culturali delle pazienti, generando rifiuto o diffidenza, come nel caso della mutilazione genitale femminile (MGF), della decisione di non usare contraccettivi o del rifiuto del parto cesareo. La MGF rappresenta una questione particolarmente delicata: le donne riferiscono imbarazzo e disagio di fronte a espressioni di stupore, giudizio o rifiuto da parte del personale sanitario. Inoltre, temono che le pratiche ginecologiche possano provocare dolore, specialmente nelle donne vergini sottoposte a MGF. Anche rituali culturali legati alla nascita, come preferenze alimentari, pratiche igieniche o la scelta delle persone presenti durante il parto, spesso non vengono rispettati, causando disagio e conflitti. Le donne migranti si trovano così a dover conciliare le pratiche tradizionali della propria cultura con le raccomandazioni cliniche del personale sanitario. (Barrio-Ruiz et al., 2023)

4.3 Impatto delle credenze religiose sugli atteggiamenti e i comportamenti di salute

Quando le pratiche cliniche entrano in conflitto con i precetti religiosi, le donne tendono a rifiutarle. Ad esempio, alcune temono che un'eventuale diagnosi prenatale possa portare a pressioni per interrompere la gravidanza. Tuttavia, non tutte le donne condividono la stessa interpretazione della propria fede: per alcune la religione alimenta un atteggiamento fatalista, mentre per altre costituisce una motivazione per adottare comportamenti preventivi. Non esiste un consenso unanime nemmeno tra i leader religiosi sull'uso della contraccezione: alcuni ritengono che Allah, nella religione musulmana, non punirà le famiglie che scelgono di avere meno figli per poterli educare adeguatamente.

Di conseguenza, alcune donne accettano la contraccezione per ragioni educative e spirituali, mentre altre la rifiutano. (Barrio-Ruiz et al., 2023).

In un ulteriore studio condotto in Norvegia sulle sfide e gli ostacoli dell'assistenza alla maternità ottimale per le donne immigrate, di Bains et al. (2021), sono state intervistate 401 donne immigrate in Norvegia nel post partum. L'obiettivo di questa indagine era di identificare le sfide e gli ostacoli che le donne immigrate di recente devono affrontare nell'accedere e utilizzare i servizi sanitari di maternità.

Diciassette donne hanno riferito, nello studio tramite questionario, che il personale sanitario ha rifiutato una pratica o un rituale da loro richiesto durante o dopo il parto. Alcuni di questi desideri erano legati alle preferenze alimentari. Un esempio è la richiesta di lavare il neonato subito dopo la nascita, ma tale pratica è stata respinta dal personale sanitario perché non conforme alle consuetudini norvegesi. Un'altra donna ha chiesto di poter recitare l'*adhan*, un rito tradizionale islamico legato alla nascita, ma la richiesta è stata rifiutata per timori legati a un possibile danno all'udito del neonato.

Sia le donne migranti che le ostetriche coinvolte nell'indagine hanno osservato una differenza culturale rispetto al sostegno offerto dai parenti. La maggiore responsabilità percepita nei confronti del neonato e lo stile di vita individualistico nel Paese ospitante rappresentavano una transizione per alcune migranti.

Le ostetriche hanno spiegato come le differenze tra le loro raccomandazioni sull'attività fisica dopo il parto e le aspettative o esperienze delle donne nei loro Paesi d'origine potessero portarle a percepire le donne migranti come pigre o poco collaborative. Col tempo, ciò poteva rendere più complessa la relazione paziente-operatore e contribuire a rafforzare atteggiamenti e stereotipi culturali sulle donne.

Le ostetriche hanno anche riportato alcuni episodi in cui la donna migrante non voleva personale sanitario maschile. Alcune donne hanno sottolineato l'importanza di avere personale sanitario femminile, soprattutto per le pratiche

cliniche e i controlli, ma anche per la presenza di un'interprete donna. (Bains et al., 2021)

4.4 Costruzione culturale del corpo, della sessualità femminile e delle relazioni di genere

Nello studio di Bains et al. (2021), le donne riportano disagio nell'essere esaminate o nel parlare di problemi ginecologici, in particolare con operatori sanitari di sesso maschile. Sebbene preferiscano professionisti di sesso femminile, attribuiscono maggiore importanza alla competenza e al rispetto dimostrato. In molte culture, le donne sono soggette a pressioni sociali e familiari affinché abbiano molti figli. Tuttavia, sono spesso i mariti a esercitare il controllo maggiore, opponendosi all'uso di contraccettivi o all'aborto.

Le donne provenienti da contesti in cui la prevenzione sanitaria non è prassi comune si avvicinano con diffidenza a pratiche cliniche sconosciute. L'esperienza della contraccezione forzata in Cina, in particolare tramite dispositivi intrauterini, ha generato un atteggiamento di sospetto verso i metodi ormonali, ritenuti potenzialmente dannosi per il ciclo mestruale o la salute. Esami invasivi, come quelli vaginali, sono spesso evitati per timore di aborto o danni al feto. Il parto cesareo è vissuto come una procedura imposta senza adeguata considerazione del desiderio di procreare in futuro. (Bains et al., 2021)

4.5 Barriere linguistiche verbali

4.5.1 Competenza linguistica limitata

Uno degli ostacoli più frequenti nella comunicazione con donne provenienti da contesti culturali diversi è rappresentato dalle barriere linguistiche. Anche quando la famiglia possiede una buona padronanza della lingua del paese ospitante, il linguaggio tecnico utilizzato in ambito sanitario può risultare difficile da

comprendere e generare confusione. Termini come *"collo dell'utero"*, *"contrazione"*, *"esalare"* o *"perineo"* possono causare incertezza e ostacolare una comunicazione efficace.

Durante le fasi avanzate del travaglio, l'uso di una lingua straniera può interferire con il ritmo fisiologico del parto, contribuendo a un aumento dello stress e del disorientamento. Per garantire una comunicazione chiara e un consenso realmente informato, è quindi raccomandabile l'intervento di interpreti professionisti. Quando ciò non è possibile, è fondamentale adottare strategie comunicative come parlare lentamente, usare frasi semplici, fare pause frequenti, ripetere concetti con parole diverse e utilizzare un tono rispettoso e rassicurante (Eddaoudi, 2024).

Nello studio di Carmen Barrio-Ruiz et al. (2023), è inoltre emerso che molte donne migranti hanno segnalato difficoltà sia nel comprendere sia nell'essere comprese. La scarsa conoscenza della lingua ostacolava l'accesso a informazioni sanitarie, la comprensione degli inviti ai programmi di screening e la comunicazione con i professionisti. Questo ha generato ansia, paura, insicurezza e imbarazzo, portando spesso a evitare screening oncologici, servizi di pianificazione familiare o assistenza prenatale. Alcune donne preferiscono recarsi nel proprio paese d'origine per ricevere informazioni, oppure si affidano ad altre donne della propria comunità. Anche quando miglioravano nella lingua del paese ospitante, le difficoltà non scomparivano: ostacoli legati a dialetti, varianti linguistiche o alla presenza di più lingue ufficiali continuano ad interferire con la comprensione. Alcune donne comprendono la lingua, ma non riescono comunque ad esprimersi in modo efficace.

In generale, le difficoltà maggiori riguardano la lingua scritta più che quella parlata. Ruiz ha affermato che le culture a tradizione orale, come quella somala, ignorano spesso i materiali informativi scritti, anche se tradotti. Inoltre, i documenti scritti sono spesso formulati in modo troppo tecnico o complesso.

Durante la pandemia, il passaggio a consulenze telefoniche ha aggravato la barriera linguistica. Molte donne non si sentivano sicure riguardo alle informazioni ricevute per telefono. L'uso di libri o siti web in inglese ha escluso chi non sapeva leggere la lingua, contribuendo alla percezione di non aver partecipato attivamente alle decisioni sulla propria maternità

4.5.2 Mancanza di alfabetizzazione sanitaria

La mancanza di alfabetizzazione sanitaria rappresenta un ulteriore ostacolo per molte donne. Anche chi ha una certa padronanza della lingua colloquiale trova spesso difficile comprendere i termini medici utilizzati dai professionisti, segnalando un divario significativo tra il linguaggio quotidiano e quello sanitario. In alcuni casi, questa difficoltà può portare le donne a rifiutare test di routine in gravidanza per via dell'incomprensione delle informazioni ricevute. Anche gli interpreti informali spesso possono risultare impreparati a tradurre correttamente i concetti medici.

4.6 Barriere di Linguaggio Non Verbale e Contesto Comunicativo

4.6.1 Carenza di Informazione

Nello studio di Ruiz et al. (2023), le donne migranti hanno riferito di non ricevere informazioni sufficienti per comprendere e decidere in merito alla propria salute sessuale e riproduttiva. Questo "furto informativo" è confermato anche in studi che mostrano come la contraccezione sia meno frequentemente discussa o prescritta a donne migranti rispetto alle donne native. Alcuni medici evitano il dialogo o si affidano a una comunicazione inefficace, con conseguenze negative sulla capacità delle donne di scegliere consapevolmente il proprio percorso di cura.

4.6.2 Comunicazione Inefficace

La comunicazione non verbale – gesti, sguardi, postura – ha un ruolo fondamentale nel creare fiducia. In presenza di barriere linguistiche, il modo in cui le donne vengono trattate può incidere significativamente sull'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari. Il rispetto per le credenze culturali è importante, ma ancora più lo è ricevere cure rispettose, basate sui bisogni comunicativi individuali e accompagnate da informazioni chiare per orientarsi nel sistema sanitario. Molte donne hanno riferito di sentirsi più a loro agio con professionisti di sesso femminile, ma ciò che incide maggiormente è lo stile comunicativo e relazionale del personale. Le donne medico, in particolare, si distinguono per un approccio empatico, centrato sulla persona e caratterizzato da una comunicazione socio-emotiva più ricca, anche a livello non verbale. Queste qualità sono molto apprezzate dalle donne migranti.

4.7 La gestione del dolore e il ruolo dell'ostetrica

Navarro-Prado et al. (2022), condusse uno studio sull'influenza culturale nell'espressione del dolore del parto. Nel suo lavoro, spiega che l'assistenza ricevuta dai professionisti sanitari, la compagnia durante il parto, il background culturale e le barriere linguistiche delle donne in travaglio possono influenzare l'espressione del dolore.

Questo studio mostra una relazione significativa tra l'espressione del dolore del travaglio e l'identità culturale delle partorienti, oltre ad altri fattori predittivi del dolore, sia nella fase latente che in quella attiva del travaglio. Navarro-Prado et al. Spiega che diversi fattori possono influenzare la percezione sensoriale del dolore del travaglio, oltre a quelli neurofisiologici e ormonali. Questi, a loro volta, sono modulati da altri fattori sociali, culturali e psicologici che incidono sul modo in cui le donne esternano questa esperienza dolorosa. Perciò,

l'identità culturale delle donne in travaglio influenza sia la manifestazione che l'esperienza del dolore del parto.

Le donne musulmane tendono a manifestare il dolore in modo più evidente sia nella fase latente che in quella attiva del travaglio. Al contrario, donne provenienti da paesi dell'Asia orientale (Cina, Corea, Giappone), nordici (Svezia, Danimarca, Norvegia, Finlandia) e Balcani preferiscono non esternarlo, evitando gemiti o urla e mantenendo un'espressione neutra. In queste culture, mostrare dolore è percepito come segno di debolezza, tanto che talvolta viene persino negato se interrogate. Altri gruppi, come donne africane e sudamericane, si sentono invece più liberi di esprimere apertamente il dolore.

Esistono differenze culturali nell'espressione dell'angoscia del dolore sia nel linguaggio verbale che non verbale. Sebbene il dolore del travaglio e del parto sia atteso da parte delle donne in tutte le società, esso può essere interpretato, percepito ed espresso in modo diverso.

Le raccomandazioni pubblicate dall'OMS nel 2018, includono la necessità di offrire alle partorienti la possibilità di scegliere la persona che fornirà supporto emotivo, incoraggiando così un'esperienza positiva del parto. (OMS, 2019)

La barriera linguistica rappresenta un ulteriore parametro associato a una maggiore espressione del dolore. Una scarsa padronanza della lingua rende estremamente difficile per le pazienti esprimere in modo preciso il proprio dolore, il che può portare a una sottovalutazione della sua gravità e a un trattamento inadeguato. Inoltre, la presenza di barriere linguistiche può determinare una maggiore vulnerabilità nell'assistenza a queste donne in travaglio.

Questa situazione potrebbe essere evitata grazie a un'educazione transculturale, almeno nelle lingue più parlate tra la popolazione assistita nelle specifiche regioni. È stato osservato che una maggiore distanza culturale tra la partorienti e l'ostetrica aumenta la possibilità di un'errata interpretazione dell'espressione del dolore in tale contesto. Secondo Navarro Prado et al., le ostetriche dovrebbero

essere formate per assistere donne provenienti da culture diverse e dovrebbero quindi essere educate alle competenze culturali che permettano loro di adattare il lavoro quotidiano alle esigenze delle partorienti. (Navarro-Prado et al., 2022)

4.8 Implicazioni per la pratica ostetrica

Il confronto tra diversi studi, tra cui Carmen Barrio-Ruiz (2023), Bains et al. (2021) e Mengesha et al. (2017), ha evidenziato alcune raccomandazioni per la pratica ostetrica. L'analisi sottolinea come barriere linguistiche, culturali e strutturali influenzino in modo significativo l'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari da parte delle donne migranti e rifugiate.

a) Comunicazione e interpretariato

Una comunicazione efficace è essenziale per la sicurezza e la qualità dell'assistenza. L'impiego di interpreti qualificati, selezionati per lingua, dialetto e, quando possibile, genere, migliora la comprensione e riduce i rischi di errore. Utile anche materiale informativo tradotto. (Ruiz et al., 2024; Bains et al., 2021)

b) Formazione interculturale degli operatori sanitari

La formazione continua sulla competenza culturale è prioritaria per gli operatori sanitari, incluse le ostetriche. Consente di riconoscere differenze culturali che influenzano gravidanza, parto e salute riproduttiva, favorendo un'assistenza centrata sulla donna e culturalmente sensibile. (Bains et al., 2021; Ruiz et al., 2024)

c) Educazione sanitaria e orientamento per le donne migranti

Le donne recentemente migrate devono ricevere informazioni chiare sul sistema sanitario, sui percorsi di gravidanza e sui servizi di prevenzione. Programmi

educativi multilingue e culturalmente adattati facilitano la comprensione e l'adesione alle cure. (Bains et al., 2021; Mengesha et al., 2017)

d) Supporto psicosociale e identificazione delle vulnerabilità

Le donne con reti sociali limitate vanno identificate precocemente per indirizzarle a servizi di supporto. Il sostegno psicosociale contribuisce al benessere materno e riduce rischi come depressione post-partum o parto pretermine. (Bains et al., 2021)

e) Ruoli di genere e coinvolgimento dei partner

Nella salute sessuale e riproduttiva occorre considerare l'influenza dei ruoli di genere. Si raccomanda promuovere programmi di educazione alla pianificazione familiare rivolti alle coppie, garantendo colloqui individuali per tutelare riservatezza e autonomia. (Mengesha et al., 2017)

f) Adattamento dei servizi sanitari e approccio individualizzato

Le donne migranti non sono un gruppo omogeneo. L'assistenza deve adattarsi a età, istruzione, storia migratoria e competenza linguistica. Un approccio personalizzato favorisce partecipazione e soddisfazione dell'utenza. (Mengesha et al., 2017; Ruiz et al., 2024).

g) Rafforzamento delle politiche sanitarie

Per garantire un accesso equo ai servizi di salute materna e riproduttiva, è necessario mantenere e ampliare i programmi dedicati alle donne migranti e rifugiate. Ciò implica maggiori fondi per l'assistenza ostetrica, il potenziamento dei servizi di outreach e l'estensione delle iniziative educative multilingue (Mengesha et al., 2017; Ruiz et al., 2024).

Capitolo 5: Culture a confronto

Prima di andare ad analizzare le peculiarità di alcune di queste culture, è importante sottolineare che non tutti i comportamenti trovano necessariamente fondamento nella cultura o nella religione.

Le condotte individuali possono essere influenzate da una molteplicità di fattori, tra cui la personalità, l'età, il livello di istruzione, l'appartenenza a un determinato contesto socioeconomico, le esperienze personali pregresse o le sfide attuali di ogni donna che si avvicina alla maternità. È inoltre opportuno considerare se la donna in questione sia giunta recentemente nel paese oppure se la sua famiglia vi risieda stabilmente da più generazioni. Il comportamento in gravidanza può essere ulteriormente condizionato dall'atteggiamento proprio e familiare nei confronti della gestazione, da precedenti esperienze (positive o negative) legate al parto, dagli eventi vissuti durante il periodo gestazionale, dallo stato di salute generale, dalle condizioni di vita, dalla volontarietà o meno della presenza nel paese, dalla presenza o assenza della rete familiare di supporto, nonché dal livello di ansia e preoccupazione percepiti. (Eddaoudi, 2024)

5.1 Africa: rituali, credenze e pratiche nella salute materna

Le credenze e i rituali legati alla gravidanza, al parto e al puerperio in molti paesi africani sono profondamente radicati nella cultura, nella spiritualità e nella vita comunitaria. In diversi contesti africani, come Nigeria, Ghana, Kenya, Mali, Camerun ed Etiopia, il processo della nascita non è considerato solo un evento biologico, ma anche un evento spirituale e sociale, circondato da rituali che ne rafforzano il significato simbolico.

Magdalena Ohaja (2021) ha condotto uno studio sui “rituali africani all'inizio della vita” con lo scopo di comprendere il concetto dei rituali africani. Nello specifico sulla gravidanza, canti e danze di nascita, l'omugwo (assistenza dopo il parto), i

rituali del cordone ombelicale e della placenta e la cerimonia di attribuzione del nome.

Rituali legati alla gravidanza

In molte culture del mondo, la gravidanza non è solo un evento biologico, ma rappresenta l'inizio di un percorso profondamente simbolico e comunitario. Fin dal concepimento, la futura madre entra in una nuova fase della vita, accompagnata da una serie di rituali, credenze e pratiche culturali che riflettono il valore attribuito alla nascita di un nuovo membro della società.

Durante la gravidanza, è comune che le donne rispettino determinati tabù o rituali con l'obiettivo di proteggere sé stesse e il bambino da influenze considerate nocive. Queste pratiche possono variare da una cultura all'altra, includendo, ad esempio, l'uso di braccialetti protettivi, amuleti o fasce da indossare intorno alla vita, così come l'astensione da alcuni alimenti ritenuti pericolosi per il feto o per l'equilibrio spirituale della madre.

In diverse comunità africane, ad esempio, è diffusa l'usanza di evitare certi cibi come pesce, carne, uova di uccello o legumi nelle ultime fasi della gravidanza, mentre si raccomanda il consumo di alimenti semplici come riso, verdure o farine locali. In alcune aree, si ricorre anche a erbe amare o pratiche di purificazione come il vomito indotto, con l'idea di "pulire" il corpo in vista del parto.

In alcune popolazioni, si crede che l'alimentazione della donna influenzi direttamente le dimensioni e la salute del neonato. Per questo motivo, vengono evitati cibi considerati "ingrassanti" come le banane, le patate dolci, i grassi e il sale, soprattutto nell'ultimo trimestre. Si ritiene inoltre che il consumo di acqua molto fredda possa contribuire a contenere il peso del feto e facilitare il parto.

Esistono però anche contesti in cui le donne incinte possono alimentarsi liberamente, senza particolari restrizioni, a meno che non ricevano consigli specifici da figure di riferimento come gli anziani o gli operatori sanitari.

Nonostante alcune di queste pratiche possano apparire limitanti, è importante considerare che molte hanno un significato simbolico o spirituale profondo, e sono vissute come strumenti di protezione per la salute della madre e del bambino. Tuttavia, in alcuni casi, le restrizioni alimentari imposte possono comportare rischi nutrizionali se non bilanciate adeguatamente. È quindi fondamentale trovare un equilibrio tra il rispetto delle tradizioni e la promozione della salute materna e neonatale. (Ohaja, Anyim, 2021)

Nello Libro di Musie, Anokwuru, Ngunyulu e Lukhele (2022): *Working with indigenous knowledge: Strategies for health professionals*; gli autori esaminano le credenze e le pratiche indigene africane durante la gravidanza, il travaglio e il post-parto. Queste includono pratiche quali la misurazione e il monitoraggio indigeni della gravidanza fino al giorno previsto per il parto, il ritardo del travaglio precoce e il trattamento di disturbi minori della gravidanza. Vengono discusse le credenze religiose durante il periodo prenatale, il travaglio e il post-parto, l'alimentazione materna e i tabù da evitare. Gli autori, inoltre, includono anche implicazioni per gli operatori sanitari.

L'uso di erbe e medicine indigene in gravidanza

L'adesione alle pratiche indigene durante la gravidanza è considerata fondamentale per il benessere della madre e del bambino. Tra queste pratiche spicca l'uso di erbe e medicine tradizionali per mantenere la gravidanza e preparare la donna a un parto sicuro. Questi rimedi possono essere somministrati sotto forma di miscugli, bevande, polveri o alimenti, e la loro preparazione varia tra comunità e regioni, pur condividendo ingredienti simili come piante, prodotti animali, argilla, terra e metalli.

Le motivazioni che spingono all'uso di tali medicine sono molteplici: esse rafforzano il legame culturale della donna con le proprie radici, si ritiene proteggano il feto da influssi maligni e sono percepite come economiche,

facilmente reperibili e prive di effetti collaterali. Alcune erbe comuni utilizzate durante i diversi trimestri sono aglio, zenzero, foglie amare, cannella, aloe vera e altre, particolarmente impiegate nel primo e terzo trimestre.

Il primo trimestre, caratterizzato da disturbi come nausea, vomito e indigestione, è quello in cui si fa maggior ricorso alle erbe per alleviare i sintomi. In alcune regioni africane, ad esempio, la foglia amara è usata per prevenire la malaria e combattere l'anemia, mentre in Sudafrica si consumano prugne selvatiche per migliorare l'appetito e contrastare la nausea.

Nel terzo trimestre, le erbe sono impiegate soprattutto per preparare il corpo al parto. Tra queste, la medicina tradizionale "isihlambezo", molto diffusa tra le donne AmaZulu, è un decotto a base di estratti vegetali che si assume come tonico prenatale, ritenuto capace di facilitare un travaglio rapido e indolore, oltre a fornire protezione spirituale. Conoscere le diverse erbe e medicine tradizionali utilizzate durante i vari trimestri della gravidanza è essenziale per gli operatori sanitari in Africa, affinché possano fornire una diagnosi corretta e una gestione adeguata delle donne incinte di origine africana. (Musie, Anokwuru, Ngunyulu, Lukhele, 2022)

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che circa il 60% della popolazione nei Paesi in via di sviluppo faccia ricorso alla medicina tradizionale. In particolare, il 69,9% delle donne in gravidanza dichiara di preferirla durante il parto per motivi legati alla sicurezza percepita, alla disponibilità e all'efficacia del trattamento (Mawoza, Nhachi, Magwali, 2019).

Comportamenti durante il periodo prenatale

Il periodo prenatale, dallo sviluppo del feto fino al parto, è considerato delicato e richiede particolare cura e affetto. Le credenze legate a questo momento sono trasmesse da generazioni e riguardano, tra l'altro, il comportamento sessuale della donna incinta.

In molte culture africane, la pratica sessuale durante la gravidanza è regolata da norme precise che variano per durata, frequenza e astinenza. In alcuni contesti si evita del tutto il rapporto sessuale per motivi di purezza o per proteggere il feto da possibili danni, come aborto o malformazioni. Ad esempio, in *Botswana* si considera la donna incinta impura fino allo svezzamento del bambino; in altre comunità, come quelle dell'Ewe in Togo e dei Kalenjin in *Kenya*, si ritiene che il sesso durante la gravidanza possa provocare conseguenze negative per il bambino e la madre. In *Madagascar*, il rapporto sessuale è consentito solo in alcuni periodi della gravidanza, mentre in *Zimbabwe* e nella cultura Zulu si ritiene che rapporti frequenti nei primi mesi favoriscano lo sviluppo del bambino.

Oltre all'astinenza, si attribuisce grande importanza allo stato emotivo della donna incinta, poiché si crede che il suo umore influenzi la salute del bambino. La serenità della madre, favorita anche da gesti affettuosi del partner, è considerata un fattore chiave per una gravidanza sana.

Durante la gestazione, si incoraggia inoltre un'attività fisica moderata per prevenire aborti o malformazioni, e l'uso di preparazioni erboristiche per rafforzare l'utero.

Infine, la fedeltà al partner è vista come un comportamento auspicabile durante la gravidanza, con la convinzione che la lealtà eviti complicazioni quali il travaglio ostruito o le convulsioni al momento del parto.

Preparazione al travaglio secondo le pratiche tradizionali

L'ostetrica riveste un ruolo centrale nella preparazione della donna lungo l'intero processo della nascita. Le sue responsabilità comprendono la preparazione dell'ambiente per il parto: è essenziale pulire accuratamente la capanna dove avverrà il travaglio, predisporre indumenti puliti e acqua fresca, e, in alcuni contesti come in *Zimbabwe*, accendere un fuoco per mantenere l'ambiente caldo.

Un aspetto fondamentale di questa preparazione è la conoscenza delle credenze e dei costumi della donna in gravidanza, poiché i rituali legati alla nascita variano

notevolmente tra i diversi gruppi etnici e culturali. Anche il luogo del parto può differire: in alcune comunità si partorisce nella propria abitazione, nella casa materna oppure direttamente nella capanna dell'ostetrica tradizionale. In alcune regioni *dell'Etiopia*, come Udhuk, il parto avviene su una pietra, simbolo della fatica e della forza della madre. Al contrario, in zone occidentali dello stesso Paese, si ritiene che la donna debba partorire da sola nella boscaglia per evitare che altri vedano il sangue del parto, considerato impuro; solo dopo un rituale di purificazione la donna può fare ritorno a casa.

In diverse culture africane, inoltre, la presenza maschile o di persone considerate "impure", come le donne mestruate, è severamente vietata durante il parto, poiché si crede che la loro presenza possa causare difficoltà nel travaglio: il feto, vergognandosi, non si sentirebbe pronto a nascere.

Musie (2022), sostiene che per offrire un'assistenza realmente centrata sulla donna e culturalmente sensibile, è essenziale che le ostetriche e gli operatori sanitari conoscano e rispettino le credenze culturali legate alla preparazione al parto. Le strutture sanitarie dovrebbero accogliere, per quanto possibile, le preferenze culturali delle donne, promuovendo un ambiente di rispetto e inclusione.

In linea con le raccomandazioni internazionali, vi è una crescente apertura verso la presenza di accompagnatori durante il travaglio: è quindi fondamentale garantire alla donna il diritto di scegliere chi desidera al proprio fianco durante il parto. (WHO, 2019)

La prima fase del travaglio

Durante la prima fase del travaglio, le ostetriche tradizionali riconoscono l'inizio delle contrazioni e, una volta confermata l'attivazione del travaglio, invitano la donna a spingere non appena percepisce che i dolori si fanno più intensi.

Le modalità con cui vengono effettuate le visite vaginali variano a seconda delle culture. In molti contesti, vengono eseguite per valutare la discesa della testa

fetale rispetto al perineo. In *KwaZulu-Natal*, per esempio, si effettuano per identificare la presenza della testa fetale. In Lesotho, si valuta la profondità della penetrazione digitale: se le dita entrano completamente, la testa non è ancora discesa. In *Ghana*, invece, l'attenzione si concentra anche sulla valutazione delle membrane amniotiche: se sono visibili vicino all'orifizio vaginale, il parto è imminente. Gli autori sottolineano che questa pratica è condivisa anche nei contesti biomedici, in particolare per la valutazione della dilatazione cervicale. Tuttavia, va considerato anche il rischio elevato di infezioni e sepsi puerperale in assenza di condizioni igieniche adeguate.

Gestione del dolore durante il travaglio

In molti contesti africani, le donne riferiscono dolori particolarmente intensi durante il travaglio. Le tecniche per alleviare i dolori del travaglio variano dalla preparazione di thè alle erbe ai massaggi sull'addome con il burro, come d'usanza in Etiopia. Un'altra pratica diffusa è incoraggiare la donna a danzare, considerato un modo efficace per facilitare la progressione del parto e diminuire la percezione del dolore.

L'adozione di pratiche di sollievo del dolore non farmacologiche durante il travaglio, basate su risorse naturali e pratiche culturali, rappresentano un valido supporto per migliorare l'esperienza del parto. (Musie, Anokwuru, Ngunyulu, Lukhele, 2022)

La seconda fase del travaglio

La seconda fase del travaglio inizia quando la dilatazione cervicale è completa (10 cm) e si conclude con la nascita del bambino. In questa fase, le ostetriche tradizionali svolgono una serie di pratiche specifiche per preparare la donna al parto.

Le posizioni materne durante il parto

Uno degli aspetti più rilevanti riguarda la posizione assunta dalla donna durante il parto. In molti contesti rurali, le donne esprimono insoddisfazione per le restrizioni imposte dalle strutture sanitarie riguardo alla libertà di scegliere la posizione più intuitiva. In ambito ospedaliero, infatti, la posizione litotomica viene spesso imposta come standard, mentre durante i parti domiciliari le donne possono adottare la posizione che sentono più naturale. (Atukunda et al. 2020).

Secondo gli autori del libro *Working with indigenous knowledge: Strategies for health professionals* (Musie, 2022), le donne dovrebbero avere il diritto di prendere decisioni informate sulla posizione da assumere durante il parto.

Tuttavia, questa varietà di posizioni è spesso negata nelle strutture sanitarie, dove anche le ostetriche qualificate tendono ad adottare posizioni standardizzate, come quella supina, sia nella prima che nella seconda fase del travaglio, nonostante le evidenze cliniche mostrino i benefici delle posizioni alternative. Le ostetriche tradizionali, al contrario, privilegiano posizioni erette, inginocchiate o in piedi, che risultano più favorevoli per l'apertura del canale pelvico, migliorano l'efficacia delle contrazioni uterine, favoriscono una progressione più rapida del travaglio e contribuiscono a esiti neonatali più positivi, come un buon punteggio Apgar e un rischio ridotto di distress fetale.

La terza fase del travaglio

Durante la terza fase del travaglio, alcune ostetriche tradizionali adottano pratiche specifiche finalizzate alla protezione della madre e del neonato. In diversi contesti africani, si ritiene che la placenta debba essere espulsa entro pochi minuti dalla nascita; in caso contrario, si interviene con il massaggio dell'addome materno per stimolare l'espulsione. (Aziato, Omenyo 2018)

Musie (2022) sostiene che è fondamentale conoscere queste pratiche e credenze per gli operatori sanitari, al fine di offrire un'assistenza culturalmente consapevole e rispettosa durante tutte le fasi del parto, inclusa la fase del secondamento.

I rituali legati al cordone ombelicale e alla placenta

Secondo Ohaja (2021), le pratiche relative al cordone ombelicale e alla placenta costituiscono un aspetto centrale dei rituali di passaggio in molte culture. Questi rituali sono spesso regolati da credenze tradizionali e spirituali che mirano a proteggere il benessere del neonato, della madre e dell'intera comunità. Il taglio del cordone ombelicale, ad esempio, simboleggia l'inserimento del bambino nella comunità umana e la sua separazione dal mondo degli antenati: un gesto che sancisce l'inizio della sua appartenenza alla collettività.

In molte culture africane, la placenta e il cordone ombelicale non sono considerati "rifiuti biologici" come avviene spesso nella medicina occidentale. La placenta è vista come una "compagna di viaggio" che accompagna il neonato nel suo passaggio da un mondo all'altro. In alcuni contesti culturali, come in Uganda, la placenta viene addirittura trattata come un secondo bambino e riceve una sepoltura formale, spesso sotto ad un albero, che rappresenta il simbolo della vita.

La sepoltura della placenta e del cordone ombelicale è considerata un atto che favorisce la fertilità futura della donna, promuove la guarigione dell'utero e protegge il destino del neonato. Questo gesto rappresenta una connessione tra la natura e il parto.

La cura nel post-parto

Ohaja (2021) sostiene che in molte società, nel periodo postnatale, è consuetudine che la puerpera riceva assistenza da parte della propria madre o suocera, che si occupano delle faccende domestiche e della cura del neonato, permettendole così di riposare e riprendersi pienamente dopo il parto.

Nel contesto della cultura Igbo della *Nigeria* sud-orientale, questo periodo è noto come *omugwo*, un rituale tradizionale di assistenza e riabilitazione dopo il parto. La durata dell'*omugwo* varia da un minimo di sette settimane fino a sei mesi.

Durante questo periodo, la puerpera è sollevata da qualsiasi responsabilità domestica: non deve cucinare, raccogliere acqua né lavorare nei campi. Il suo unico compito è quello di allattare il bambino. Le donne di famiglia si occupano dell'organizzazione della casa, della preparazione dei pasti e della cura del neonato. Questo sostegno contribuisce a garantire un adeguato periodo di riposo alla madre, favorendo così il legame madre-bambino e l'avvio dell'allattamento al seno. Pratiche simili si riscontrano anche in altre culture africane.

L'influenza della migrazione e della modernità ha modificato, ma non annullato, queste tradizioni. Le donne che partoriscono all'estero si trovano spesso a dover negoziare tra i sistemi sanitari del paese ospitante e le proprie pratiche culturali. L'omugwo continua a rappresentare un pilastro essenziale per il benessere della madre e del neonato.

Le mutilazioni genitali femminili

La mutilazione genitale femminile è una violazione dei diritti umani che infligge alle bambine e alle donne profonde cicatrici fisiche, emotive e psicologiche che durano tutta la vita. Questa pratica dannosa colpisce oggi più di 230 milioni di ragazze e donne. Si stima che altri 27 milioni di ragazze potrebbero subire questa violazione dei loro diritti e della loro dignità entro il 2030 se non si interviene subito.” (Cit. Unicef, 2025)

La mutilazione genitale femminile (MGF) include tutte le pratiche che comportano la rimozione parziale o totale dei genitali esterni femminili, o altre lesioni agli organi genitali femminili, per motivazioni non di natura medica. Tale procedura non apporta alcun beneficio alla salute di bambine e donne e può causare gravi complicanze, tra cui emorragie acute, difficoltà urinarie, formazione di cisti, alterazioni del ciclo mestruale, disfunzioni sessuali, infezioni, complicazioni ostetriche e un aumento del rischio di mortalità neonatale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) classifica la mutilazione/mutilazione genitale femminile in base al tipo e al grado di gravità della lesione. Il Tipo I rappresenta

la forma meno invasiva, mentre il Tipo III, noto anche come infibulazione, è considerato il più grave e mutilante.

I rischi ostetrici associati alla mutilazione/mutilazione genitale femminile (MGF) comprendono un aumento della durata del travaglio, un maggior ricorso al taglio cesareo, un incremento della necessità di episiotomia, un più alto tasso di lacerazioni perineali e un rischio elevato di emorragia post-partum.

Le donne sottoposte a MGF presentano inoltre una maggiore incidenza di complicanze perinatali, tra cui la necessità di rianimazione neonatale, nati morti e morte neonatale precoce. (Idoko et al., 2022)

Una recente revisione sistematica con meta-analisi del 2024 (*Effect of type III female genital mutilation on obstetric outcomes: A systematic review and meta-analysis*) ha analizzato i dati di più studi condotti in diversi contesti internazionali, evidenziando come le donne sottoposte a infibulazione presentino un rischio maggiore di travaglio prolungato, necessità di parto cesareo, emorragie post-partum, lacerazioni perineali ed esiti neonatali avversi, come la morte perinatale e la necessità di rianimazione neonatale.

Lo studio comprende 14 studi osservazionali con campioni significativi: oltre 14.000 donne con infibulazione (FGM III) confrontate con più di 23.000 donne senza FGM per l'outcome emorragia post-partum, circa 8.300 donne per l'analisi del taglio cesareo, fino a 31.000 per le episiotomie e lacerazioni, e oltre 2.300 neonati con Apgar < 7 e 2.400 decessi perinatali.

Grazie a questi risultati possiamo comprendere l'importanza di un'assistenza ostetrica informata e culturalmente sensibile. Gli operatori sanitari, in particolare le ostetriche, ricoprono un ruolo chiave non solo nell'identificazione delle pazienti a rischio e nella gestione delle complicanze, ma anche nella prevenzione, nell'educazione delle comunità e nel sostegno psicologico delle donne che hanno subito MGF. È pertanto fondamentale che siano adeguatamente formati per affrontare queste situazioni con competenza clinica e rispetto culturale. (Bonavina et al., 2024)

5.2 Marocco: pratiche e tradizioni legate alla salute materna

Vista la grande rappresentanza in Alto Adige di popolazione femminile proveniente dal Marocco, sono state approfondite le credenze e rituali legati alla loro cultura. Nel contesto marocchino, la gravidanza e il parto sono vissuti come momenti di grande serenità e soddisfazione, immersi in una comunità femminile che difficilmente può essere replicata in un contesto migratorio. L'isolamento che caratterizza molte donne immigrate si contrappone all'immagine di una famiglia marocchina unita e comunitaria, e può spiegare il rischio di momenti di depressione, talvolta anche gravi, tra le nuove vicine. (Micheli, n.d.)

Il concetto del caldo e del freddo e il ruolo dell'ostetrica

Nella medicina tradizionale marocchina, i concetti di caldo e freddo rivestono un'importanza centrale: esistono malattie o fasi della vita che richiedono calore, mentre altri momenti necessitano di freddo. Alcuni alimenti possono essere considerati caldi a livello concettuale, pur risultando percepiti come freddi, mentre altri richiedono il freddo. In particolare, la gravidanza, il momento del parto e il periodo successivo di quaranta giorni, noto come "annfas", sono associati al calore; per tale motivo, la donna durante questa fase deve consumare tisane calde e cibi con caratteristiche calde. Il freddo, invece, è considerato causa di sterilità, per cui una donna che desidera concepire deve evitare alimenti che hanno una natura fredda.

Con l'avvicinarsi del parto, il corpo della donna viene ulteriormente riscaldato mediante infusi di latte, erbe e fumigazioni specifiche. Simbolicamente, il corpo viene "aperto" attraverso riti praticati dalla levatrice, che rimuove il velo dalla partoriente, le scioglie i capelli e le toglie la cintura che le avvolge i fianchi. In questo modo, si ritiene che si ottenga l'apertura dei canali che collegano i principali organi vitali della donna, come cuore, stomaco, fegato e utero, aumentando l'energia generale e preparando il corpo per il parto.

Sette giorni dopo il parto, la puerpera, accompagnata dalla levatrice e dalle altre donne della famiglia e della comunità, si reca all'Hamman, il bagno di vapore caldo di origine marocchina noto per rigenerare e purificare il corpo, per riscaldare il corpo e richiudere simbolicamente ciò che il parto ha aperto. Durante il bagno, la levatrice massaggia vigorosamente il corpo della madre, e, al termine, riallaccia simbolicamente la cintura e i capelli, segnando il ritorno alla condizione normale della donna dopo il parto. Durante il periodo dell'annfas, che può essere visto come una quarantena, la donna è circondata dall'affetto e dal supporto delle altre donne della famiglia, esonerata dai lavori domestici e dedicata esclusivamente alla cura del bambino. (Micheli, n.d.)

Conoscenze e rappresentazioni sulla nascita

L' articolo pubblicato nel giornale austriaco delle ostetriche "Österreichische Hebammenzeitung", redatto dall' autrice Mag. Jaqueline Eddaoudi affronta la tematica dell'assistenza ostetrica interculturale delle donne musulmane. Eddaoudi (2024) sostiene che le esperienze pregresse delle donne riguardo al parto possono variare notevolmente in base a molteplici fattori: il paese d'origine della famiglia, il contesto socioeconomico, la provenienza da aree rurali o urbane, l'esposizione a conflitti o guerre, tra gli altri elementi culturali e sociali.

In diversi paesi a maggioranza musulmana, solo una parte limitata della popolazione dispone di una copertura sanitaria. Nelle zone rurali, è ancora diffusa la pratica del parto domiciliare, spesso in posizioni favorevoli al travaglio e in un contesto comunitario, con il supporto di altre donne. Al contrario, nelle aree urbane, è consuetudine recarsi in ospedale per partorire.

In Marocco, come anche in molti stati musulmani, si osserva un'elevata incidenza di tagli cesarei. Nel 2015 ammontava al 15,2% (WHO, 2018). Questo fenomeno è spesso riscontrabile in aree dove le mutilazioni genitali femminili sono ancora praticate, influenzando anche le modalità del parto.

La preparazione al parto, intesa come percorso educativo o informativo, è generalmente poco diffusa. In particolare, le primipare presentano spesso conoscenze limitate rispetto ai processi fisiologici della nascita. In alcuni casi, durante il travaglio, si utilizzano gesti simbolici – come l'introduzione delle dita per mostrare la dilatazione del collo uterino – che, per alcune donne, possono rappresentare un riferimento culturale familiare, potenzialmente utile anche nel contesto ostetrico europeo.

Eddaoudi spiega che nei paesi musulmani i partner generalmente non sono presenti al parto. Il sostegno durante il travaglio è considerato un compito femminile. Tuttavia, è comune che il personale sanitario sia composto sia da donne che da uomini, a seconda della regione. Durante il travaglio, molte donne si confortano con il pensiero che, sebbene il parto possa essere difficile per alcune ore, successivamente, nel periodo post-partum di 40 giorni, verranno trattate come delle “regine”. È consuetudine in alcune culture che, dopo la nascita, le donne ricevano doni da parte del marito e della sua famiglia, spesso sotto forma di oro o denaro. In alcune regioni, questi regali sono tanto più generosi quanto più il parto è stato difficile.

Il dolore

La gestione del dolore può essere fortemente influenzata dalla cultura di appartenenza. In alcune società di tradizione musulmana, ad esempio, non è considerata una virtù il “soportare in silenzio” o il “serrare i denti”. Considerando che il dolore durante il parto può essere amplificato da diversi fattori, tra cui flashback traumatici, esperienze di abuso, traumi legati alla guerra o alla fuga, è fondamentale evitare interpretazioni superficiali o giudicanti, come etichettare l'espressione del dolore con termini stereotipati o riduttivi. (Eddaoudi, 2024)

Il concetto di nudità

Ogni società sviluppa norme proprie rispetto alla nudità, e ciò che viene percepito come “nudo” può variare in base al contesto culturale, al periodo storico e alla

sensibilità individuale. Pertanto, è opportuno adottare un approccio flessibile e individualizzato, offrendo alle donne la possibilità di coprirsi secondo le proprie preferenze durante l'assistenza ostetrica.

Dal punto di vista clinico, è importante sottolineare che anche la morfologia del bacino, ingresso pelvico e uscita pelvica, può presentare variazioni geografiche. In alcune donne, ad esempio, può verificarsi un ritardo nell'ingresso del feto nel bacino durante il travaglio, seguito poi da una fase espulsiva particolarmente rapida. Al contrario, nelle donne originarie dell'Europa centrale, la discesa del feto nel canale del parto tende a essere più progressiva e continua. (Eddaoudi, 2024)

Il post-partum

Le pratiche post-partum possono variare anche all'interno dello stesso paese. In Marocco il 99% delle donne è di religione musulmana; perciò, le pratiche tradizionali non rispecchiano soltanto la cultura del paese, ma sono influenzate fortemente dalla religione predominante.

Alcune madri musulmane, ad esempio, desiderano tenere subito in braccio il proprio neonato, mentre altre preferiscono che il bambino venga prima pulito da sangue e muco. Per quanto riguarda l'allattamento, nei paesi musulmani è tradizione prolungare l'allattamento al seno fino a circa due anni di età. (Eddaoudi, 2024)

In un altro articolo, l'autore Chaimae Moujahid parla delle pratiche tradizionali e credenze riguardo alla salute materno-infantile. Moujahid (2023) sostiene che nel quadro socioculturale del Marocco, la nuova madre non dovrebbe lasciare la propria casa prima del quarantesimo giorno, il periodo noto come "trabaina". Durante questi primi 40 giorni di post-partum, viene somministrato il vaccino al neonato. Un membro della famiglia è responsabile di accompagnare il neonato alla struttura sanitaria per la somministrazione del vaccino. Secondo testimonianze di donne marocchine intervistate nello studio di Moujahid, questa pratica è importante per non essere soggetta al malocchio. "Le puerpere non

dovrebbe parlare troppo, né camminare né fare i lavori domestici. Dovrebbe solo riposare e comportarsi come se fosse malata."

Se la prima gravidanza si è conclusa senza complicanze, secondo la tradizione marocchina non è necessario monitorare le gravidanze successive. Al contrario, un cambiamento di sesso tra due gravidanze successive ha un impatto negativo sulla salute della donna, che potrebbe risentirne nella gravidanza successiva.

La "rfissa" è considerata il piatto principale per la nuova madre. Questo piatto, che include una zuppa di pollo cucinata all'aria aperta, spezie come "Imsakhen", uova crude e cotte, latte e semi di crescione, ha lo scopo di riscaldare il corpo della madre e favorire la produzione di latte materno. Solo le donne che hanno partorito tramite parto vaginale senza episiotomia hanno il permesso di consumare questi piatti, poiché si ritiene che possano riscaldare il corpo e prevenire il rischio di disunione delle suture e sanguinamento. Inoltre, "Iabrik" è un brodo a base di erbe, la cui pianta principale è "l'Alpinia galanga" e il "Madder", che aiuta a eliminare i residui di sangue dalla cavità uterina dopo il parto. I pasti a base di fegato grigliato e carne tritata sono utilizzati per reintegrare il sangue perso durante il parto.

La comunicazione

In molte società musulmane, la gerarchia sociale è molto marcata e si manifesta chiaramente attraverso il linguaggio del corpo e i modi di relazionarsi. Chi detiene una posizione di autorità esprime il proprio ruolo con gesti e atteggiamenti decisi, mentre chi si trova in posizione subordinata tende a mostrare comportamenti più riservati o sottomessi. Questo sistema può generare incomprensioni quando si entra in contatto con modelli più paritari, come quelli diffusi nei paesi occidentali. Nel contesto ostetrico, è fondamentale che il personale sanitario sia particolarmente attento a come comunica, non solo con le parole, ma anche con la postura e il tono. Un atteggiamento fermo ma sempre rispettoso e accogliente può fare la differenza nel costruire un rapporto di fiducia con la donna e la sua

famiglia, evitando tensioni o malintesi che potrebbero compromettere l'esperienza del parto.

Inoltre, nelle culture musulmane la comunicazione si basa prima di tutto sulle relazioni personali e sulla fiducia reciproca, molto più che sulla semplice trasmissione di informazioni o dati. Iniziare una conversazione con fatti e argomentazioni senza prima aver stabilito un legame può essere percepito come brusco o invadente, causando reazioni di chiusura o diffidenza. Per questo motivo, è necessario procedere con pazienza e attenzione, creando prima una relazione solida. (Eddaoudi, 2024)

5.3 Paesi asiatici: Credenze e pratiche tradizionali durante gravidanza, parto e post-partum

Nel contesto asiatico, la gravidanza, il parto e il periodo post-natale sono esperienze profondamente influenzate da credenze culturali, pratiche tradizionali e norme sociali che si intrecciano con la percezione del corpo, della maternità e della spiritualità. Nel lavoro di Melissa Withers, intitolato *Traditional beliefs and practices in pregnancy, childbirth and postpartum: A review of the evidence from Asian countries*, emerge chiaramente come, in molte società asiatiche, la gravidanza venga considerata un evento naturale, quasi fisiologico, piuttosto che una condizione medica potenzialmente rischiosa. Tuttavia, questo modo di intendere la maternità può anche condurre, in alcuni casi, a un riconoscimento tardivo delle complicanze, mettendo a rischio la salute materna e fetale.

Alimentazione e credenze legate al cibo

Un tema ricorrente nelle culture asiatiche riguarda le prescrizioni dietetiche durante la gravidanza. Le donne sono spesso chiamate a rispettare numerosi tabù alimentari, fondati su sistemi di classificazione simbolica dei cibi, come la

dicotomia caldo/freddo. Ad esempio, in Pakistan, è diffusa la credenza che alcuni alimenti “caldi”, come zucchero, frutta secca, fagioli e mais, possano provocare aborti spontanei. In altre culture, invece, sono gli alimenti “freddi”, come latticello, arance e yogurt, ad essere evitati, con il timore che possano danneggiare il feto, analogamente a quanto riportato nella cultura marocchina.

In Indonesia, queste restrizioni si estendono anche al periodo dell'allattamento, durante il quale si ritiene che certi cibi, come il pesce, possano alterare il gusto o l'odore del latte materno, rendendolo sgradito o addirittura nocivo per il neonato. Inoltre, molte donne evitano di assumere vitamine prenatali per il timore che esse possano contribuire a una crescita eccessiva del feto, rendendo il parto più difficile o doloroso. Tra le credenze più diffuse, vi sono quelle secondo cui i gamberi provocherebbero allergie cutanee nei neonati, la carne di coniglio sarebbe associata al labbro leporino, e la carne in generale potrebbe nuocere allo sviluppo fetale.

Uso di rimedi tradizionali e ruolo dei guaritori e delle levatrici

Molte donne asiatiche fanno ricorso a rimedi erboristici e preparazioni tradizionali per affrontare i disturbi della gravidanza, per favorire il travaglio o per riprendersi dopo il parto. Tali rimedi vengono somministrati in forma di decotti, bagni medicinali, unguenti o clisteri. I guaritori tradizionali, che spesso rivestono anche ruoli spirituali o religiosi, vengono considerati figure protettrici della gravidanza. In Pakistan, ad esempio, è comune affidarsi a rituali religiosi come l'uso di amuleti, acqua benedetta o pratiche di preghiera, in alternativa alle cure sanitarie formali. Il massaggio prenatale, praticato da operatori tradizionali, è considerato non solo un metodo per alleviare i dolori fisici, ma anche una pratica preventiva per garantire un parto sicuro. In alcune culture, la fiducia nei guaritori e nei metodi tradizionali è talmente radicata da rappresentare un'alternativa prioritaria rispetto ai servizi sanitari ufficiali. (Withers et al., 2017)

Nepal: il parto come evento impuro e spiritualmente delicato

In Nepal, in particolare tra le popolazioni di rango inferiore, il parto è percepito come un evento impuro, che necessita di isolamento fisico. Per questo motivo, molte donne scelgono o sono costrette a partorire in capanne apposite o addirittura in stalle per mucche, luoghi ritenuti adeguati a gestire la “contaminazione” legata ai fluidi corporei del parto. Le donne nepalesi manifestano spesso paura o diffidenza nei confronti delle strutture sanitarie istituzionali, percepite come ambienti freddi, impersonali e poco rispettosi delle tradizioni.

Una delle maggiori preoccupazioni è la possibilità che, in ospedale, non venga loro permesso di seppellire la placenta, un rituale profondamente simbolico per molte comunità. La sepoltura della placenta, spesso nei pressi della casa o del luogo del parto, è vista come una garanzia di protezione spirituale per il neonato. Anche la posizione del parto è oggetto di discussione: mentre in ambito ospedaliero viene generalmente adottata la posizione supina, molte donne preferirebbero posizioni più fisiologiche come quella accovacciata, seduta o inginocchiata.

Le condizioni ambientali delle strutture sanitarie rappresentano un ulteriore ostacolo: la mancanza di riscaldamento nelle sale parto viene vista negativamente, perché nella tradizione nepalese si ritiene essenziale ristabilire il calore corporeo perso durante il travaglio. Questo aspetto è condiviso anche in altri contesti asiatici, come in Papua Nuova Guinea, dove la placenta viene trattata con estrema cautela, poiché considerata impura, e la donna stessa è responsabile del suo smaltimento. (Kaphle, 2013)

Bangladesh: preferenze culturali e timori verso la medicalizzazione

In Bangladesh, lo studio condotto da Kaosar Afsana ha messo in luce le molteplici sfide che le donne delle aree rurali affrontano nell'accesso all'assistenza ostetrica. Le intervistate hanno espresso una netta preferenza per il personale sanitario

femminile, in quanto percepito come più rispettoso della loro privacy e sensibilità culturale. Tuttavia, l'assistenza fornita nei contesti rurali è spesso compromessa da carenze strutturali, come l'inadeguatezza delle misure igieniche e la scarsa adozione di pratiche asettiche, con gravi implicazioni per la salute di madre e bambino.

Le donne temono le pratiche cliniche invasive che spesso vengono imposte senza un'adeguata informazione o consenso. Interventi come episiotomie, induzione farmacologica del travaglio, sutura post-partum e taglio cesareo sono motivo di preoccupazione e, talvolta, stigmatizzazione sociale. Le ferite non correttamente guarite possono compromettere la capacità della donna di svolgere le attività quotidiane o i rapporti coniugali, con un impatto negativo anche sul suo status familiare. (Afsana, 2001)

Il periodo post-partum: rituali di calore e rispetto delle tradizioni

In *Laos*, la pratica del “letto caldo” rappresenta un rituale imprescindibile nel periodo post-natale. Le donne si sottopongono a bagni di vapore e restano distese su letti riscaldati per diversi giorni, in modo da ristabilire l'equilibrio corporeo e prevenire malattie future. Qualsiasi pratica clinica che interferisca con questi rituali, come le suture post-partum, può essere rifiutata. Anche in *Nepal*, il mantenimento del calore corporeo è centrale nel post-parto, tanto da influenzare le scelte relative al luogo del parto.

In *India*, invece, è ampiamente diffuso l'utilizzo non regolamentato di ossitocina per accelerare il travaglio, anche nei contesti extraospedalieri. Questo uso improprio di uterotonici può comportare gravi rischi per la salute materna e fetale. In *Laos*, si preferiscono metodi tradizionali, come l'assunzione di infusi erboristici e l'utilizzo di “acqua magica” benedetta da guaritori, per sostenere la madre durante il travaglio. (Withers et al., 2017)

Il parto come evento familiare e comunitario

Molte donne asiatiche esprimono il desiderio di essere accompagnate da familiari durante il travaglio e il parto, in particolare dal partner o da figure femminili di riferimento. Questa presenza è vista come un supporto psicologico fondamentale, soprattutto nei contesti domiciliari. Tuttavia, le politiche ospedaliere spesso limitano l'accesso dei familiari, creando un senso di isolamento nella donna. In alcune culture, il parto è considerato un evento esclusivamente femminile, mentre in altre si prevede un ruolo attivo per il padre, come nel caso del taglio del cordone ombelicale.

Al contrario, in alcune comunità nepalesi si ritiene che la presenza del marito possa influenzare negativamente l'esito del parto, aumentando il rischio di complicazioni o contaminazione spirituale. (Thapa et al., 2000)

Credenze superstiziose e pratiche spirituali legate al parto

In paesi come *Nepal*, *Bangladesh*, *India* e *Papua Nuova Guinea*, sono diffuse credenze legate alla protezione spirituale della donna durante gravidanza e parto. I rituali hanno lo scopo di allontanare spiriti maligni, ritenuti responsabili di emorragie, malformazioni o morte neonatale. Le donne Hmong in *Thailandia* attribuiscono la sicurezza del parto alla presenza degli spiriti della casa, mentre in Bangladesh si fa ricorso a guaritori per scongiurare influenze negative.

Le levatrici tradizionali svolgono un ruolo centrale in queste pratiche: eseguono massaggi energici, pressioni sull'addome, inducono il vomito o stimolano l'espulsione della placenta attraverso tecniche manuali. La sepoltura della placenta in prossimità del luogo del parto è un atto carico di valore simbolico, che sancisce il legame tra il neonato e il territorio. L'uso di erbe medicinali accompagna tutte le fasi del parto: in Laos si utilizzano fibre di bambù per legare il cordone e canna da zucchero fresca per reciderlo.

In *Cina*, la gravidanza è vissuta con estrema cautela: si evitano rapporti sessuali, emozioni forti, spostamenti faticosi o movimenti bruschi, nella convinzione che

tutto ciò possa danneggiare il feto. In *India*, al contrario, si incoraggia l'attività fisica moderata, considerata utile per favorire un parto naturale. Posture e movimenti vengono consigliati con attenzione: evitare di sedersi a gambe incrociate, dormire in posizione supina o girarsi bruscamente da sdraiate sono norme ampiamente condivise. (Withers et al., 2017)

Capitolo 6: Indagine qualitativa nella provincia di Bolzano

6.1 Prospettive per l'indagine: dall'evidenza internazionale alla pratica locale

La revisione della letteratura ha evidenziato che barriere linguistiche, scarsa alfabetizzazione sanitaria, differenze nei sistemi di valori e pratiche culturali, nonché un livello variabile di competenza interculturale tra gli operatori sanitari, rappresentano fattori determinanti nella qualità dell'assistenza ostetrica. Gli studi consultati indicano inoltre come l'utilizzo di mediatori linguistico-culturali, la semplificazione dei contenuti informativi e programmi di formazione specifica per il personale sanitario possano contribuire a migliorare la comunicazione e l'esperienza materna. L'approfondimento dedicato alle culture a confronto, con l'analisi delle tradizioni e dei significati legati alla maternità in diversi contesti geografici come il Marocco, l'Asia e l'Africa, ha permesso di comprendere come le credenze e i rituali influenzino profondamente il modo in cui le donne vivono la gravidanza e il parto. Queste evidenze forniscono la base teorica per interpretare i dati raccolti attraverso il questionario, aiutando a leggere le esperienze delle donne straniere in Alto Adige alla luce del loro retroterra culturale.

In questo senso, l'indagine condotta rappresenta uno strumento interessante, perché permette di confrontare quanto riportato dalla letteratura internazionale con la realtà locale dell'Alto Adige, offrendo una prospettiva più ampia sull'impatto delle differenze culturali nell'esperienza della maternità e sull'importanza di un approccio ostetrico culturalmente sensibile.

6.2 Quesito di ricerca

Il quesito dell'indagine qualitativa si focalizza è finalizzato a comprendere in che modo le differenze culturali e le aspettative legate ad esse possano essere applicate al contesto locale e a valutare se l'esperienza della gravidanza e del

parto in Alto Adige rifletta e rispetti, oppure ostacoli, le esigenze delle donne provenienti da background culturali differenti.

Il quesito per l'indagine mira, dunque, a comprendere il vissuto delle donne migranti o provenienti da contesti culturali diversi nella provincia autonoma di Bolzano e come l'assistenza ostetrica può migliorare per soddisfare di più i bisogni relativi alle loro culture.

“In che misura le differenze culturali influenzano le aspettative e la percezione dell'assistenza ostetrica da parte delle donne straniere che partoriscono in Alto Adige, e quali aspetti dell'assistenza risultano soddisfacenti o problematici in relazione alle loro tradizioni culturali, al fine di individuare strategie per rendere l'assistenza più inclusiva e rispettosa delle diversità?”

6.3 Metodo PICO

Per l'indagine qualitativa è stato adottato il metodo PICO:

- P (Popolazione): Donne straniere in Alto Adige in gravidanza, durante il parto e nel puerperio
- I (Intervento): Differenze culturali nelle credenze, nelle aspettative e nelle pratiche relative a gravidanza e parto ed all'assistenza ostetrica
- C (Confronto): Modalità di assistenza ostetrica nel contesto sanitario della provincia autonoma di Bolzano e il grado di adattamento alle diverse pratiche culturali
- O (Outcome): Rispetto delle credenze culturali, qualità dell'esperienza materna e strategie per migliorare l'assistenza ostetrica in un contesto multiculturale

6.4 Obiettivo di ricerca

L'obiettivo di questa indagine è di rilevare il grado di soddisfazione di donne migranti o provenienti da contesti culturali diversi, nel quadro dell'assistenza ostetrica nella provincia autonoma di Bolzano. L'indagine mira ad esplorare le difficoltà che queste donne possono riscontrare e cosa, secondo loro, avrebbe aiutato la loro esperienza nel contesto sanitario. Dall'altro lato mira a identificare anche i punti di forza dell'assistenza transculturale in Alto Adige, creando così una statistica che permetta di evidenziare sia le criticità sia i punti di forza dell'assistenza ostetrica transculturale nella provincia, al fine di proporre eventuali miglioramenti e strategie più inclusive.

L'obiettivo è di pensare a soluzioni e strumenti pratici per rendere l'assistenza ostetrica più inclusiva e l'esperienza delle donne più soddisfacente.

6.5 Materiali e metodi

Lo studio condotto è un'indagine qualitativa, di tipo descrittivo, perché mira a raccogliere le esperienze di donne straniere e di riportarle raccontando le loro percezioni e desideri di miglioramento. È stato creato un questionario in forma cartacea in tre lingue (Italiano, Tedesco ed inglese), e previa autorizzazione del comitato etico, distribuito nell'ospedale di Bolzano nel reparto di ostetricia e in sala parto, così come nei distretti sanitari del comprensorio di Bolzano. Inoltre, sono state incorporate strutture sociali e associazioni, tra le quali Caritas, donne Nissa, il Melograno, associazione Savera e Frühe Hilfen, oltre a conoscenze private. Sono stati organizzati anche incontri con gruppi di madri straniere residenti in Alto Adige per parlare della loro esperienza.

La scelta di utilizzare un questionario in forma cartacea si basa sul fatto che molte donne straniere non hanno particolare dimestichezza con gli strumenti elettronici, specialmente quando si tratta di accedere a link o QR-code. La modalità cartacea permette inoltre di raggiungere un numero maggiore di donne presenti nei reparti

di interesse in quel momento, rendendo la somministrazione più immediata ed efficace.

Il questionario è stato distribuito sia alle donne in gravidanza sia alle puerpere, chiedendo loro di indicare la lingua di preferenza tra quelle disponibili e rassicurandole sul carattere completamente anonimo e volontario della partecipazione.

Un ulteriore vantaggio della forma cartacea è la possibilità per le donne di chiedere chiarimenti sul posto: la presenza di un operatore o di una persona incaricata consente di spiegare eventuali domande poco chiare, illustrare lo scopo del questionario e facilitare così la compilazione. Questo rende la raccolta dei dati più accessibile, comprensibile e partecipata.

6.6 Campionamento

L'indagine ha coinvolto donne attualmente in gravidanza o nel periodo di puerperio in Alto Adige, appartenenti a diversi contesti culturali e/o con madrelingua diversa dall'italiano, indipendentemente dalla presenza di barriere linguistiche. Sono state considerate anche le donne che hanno partorito un figlio nel proprio Paese d'origine e l'ultimo presso l'Ospedale di Bolzano, al fine di permettere un confronto tra le due esperienze.

Tra le partecipanti sono state coinvolte anche donne rifugiate e donne con una significativa barriera culturale o linguistica, che, dove necessario, sono state assistite nella compilazione del questionario da persone accompagnatrici.

6.7 Risultati

La ricerca si basa sull'analisi del questionario strutturato, progettato per indagare in modo approfondito l'esperienza delle donne straniere riguardo all'assistenza ostetrica ricevuta in Alto Adige. Il questionario, concepito per raccogliere dati

qualitativi e quantitativi sulle percezioni e i bisogni delle partecipanti, è riportato in allegato alla fine del documento.

Le domande del questionario si concentrano su diversi aspetti fondamentali:

- Dati anagrafici e percorso migratorio: età, paese di origine, lingua madre, anni di permanenza in Italia.
- Accesso e continuità dell'assistenza: chi ha seguito la gravidanza, partecipazione a corsi preparto, motivazioni di mancata partecipazione.
- Comunicazione e comprensione: chiarezza delle informazioni ricevute, difficoltà linguistiche, presenza di mediatori, modalità preferite di supporto nella comprensione.
- Coinvolgimento e ascolto: possibilità di esprimere aspettative, desideri e paure, grado di coinvolgimento nelle decisioni cliniche.
- Esperienza del parto: comprensione delle spiegazioni durante il parto, consenso informato, rispetto delle pratiche culturali e religiose.
- Soddisfazione e aspettative: livello di soddisfazione per l'assistenza ricevuta, motivazioni di eventuale insoddisfazione, suggerimenti per il miglioramento dei servizi.

La prima sezione del questionario, *“Informazioni generali”* descrive le informazioni utili per contestualizzare le risposte delle partecipanti.

Il campione oggetto di analisi è costituito da 50 donne, con un'età compresa tra i 22 e i 38 anni, provenienti dal Marocco (22%), Pakistan (16%), Bangladesh (12%), Iraq e Albania (10%), India (8%), Tunisia e Turchia (4%) e altre nazionalità come Romania, Spagna, Nigeria, Algeria, Perù, Inghilterra e Afghanistan (2%). Il 38% delle partecipanti vive in Italia da più di quattro anni tra cui il 26% supera i 6 anni. Il 28% risiede in Italia da 1 a 3 anni e solo una minoranza dell'8% è qui da meno di un anno.

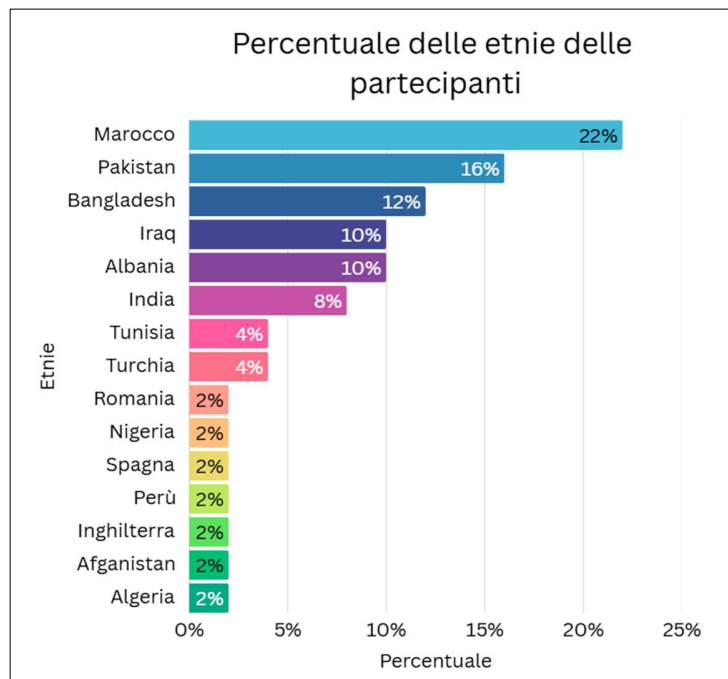


Grafico I: Percentuale delle etnie delle partecipanti

Nella seconda sezione “assistenza in gravidanza”, l’obiettivo principale era di ricercare il tipo di assistenza offerto alle donne in gravidanza, il quale comprende se hanno avuto o meno un’assistenza continua, se hanno avuto la possibilità di partecipare a corsi di accompagnamento alla nascita e quali eventuali difficoltà hanno riscontrato nella comunicazione con l’ostetrica.

La maggioranza delle donne è stata seguita principalmente dall’ostetrica (38%) o da entrambi i professionisti (32%), mentre solo il 24% ha avuto come riferimento esclusivo il medico ginecologo.

Il 54% delle partecipanti riferisce di aver avuto un’assistenza continua in gravidanza, mentre il restante 46% delle intervistate non l’hanno avuta.

Nel 40% dei casi, le principali indicazioni sono arrivate dall’ostetrica, mentre poco più di un quinto (22%) le ha ricevute dal medico. Una parte minore si è affidata a familiari o amici (18%), a internet e social media (12%) o ad altre fonti (8%).

Quanto alla chiarezza, più di un terzo delle partecipanti ha giudicato le informazioni molto chiare (36%), mentre la maggioranza le ha ritenute abbastanza chiare (44%). Tuttavia, per alcune donne la comprensione è stata limitata: il 16% le ha trovate poco chiare e il 4% per nulla chiare. Le difficoltà sono state causate soprattutto dalla lingua (38%) e dalla mancanza di interprete (22%), ma anche dall'uso di termini medici (24%), spiegazioni troppo veloci (10%) e, in pochi casi, da altre ragioni (6%).

Per superare queste difficoltà, il 32% non ha avuto alcun aiuto, mentre altre si sono affidate a mediatori (24%), familiari (28%), personale sanitario che parlava la stessa lingua (10%) o altre persone (6%). Alla domanda su chi preferire come supporto, quasi la metà ha indicato i familiari (48%), seguiti dai mediatori esterni (38%), mentre il 14% non ha espresso preferenze.

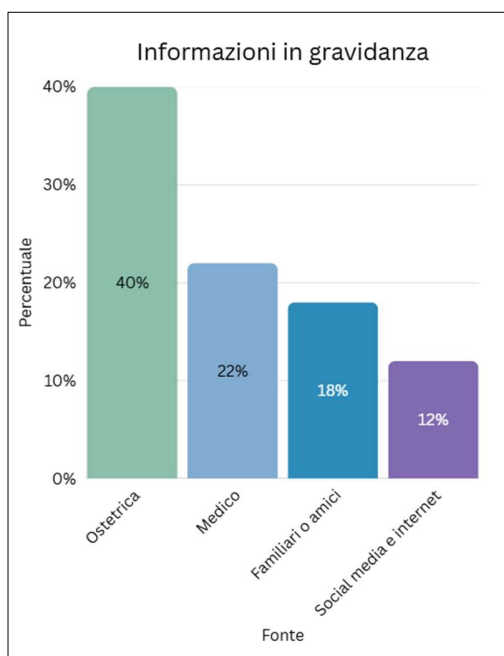


Grafico II: Informazioni ricevute in gravidanza

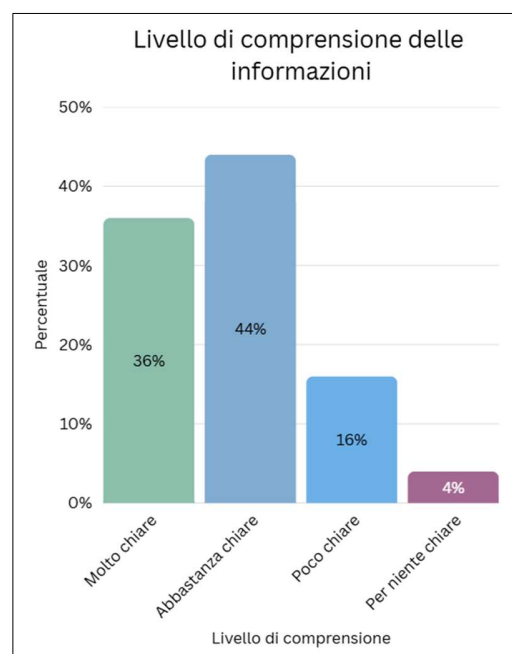


Grafico III: Livello di comprensione delle informazioni

Corsi di accompagnamento alla nascita

Per quanto riguarda la partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita solo una minoranza del 38% ha partecipato ai corsi, mentre il 62% non vi ha preso parte. Tra le motivazioni della mancata partecipazione, spiccano la scarsa informazione (44%) e le difficoltà linguistiche (22%), seguite dalla mancata comprensione dell'utilità del corso (18%). Anche tra chi ha frequentato, il 24% ha segnalato difficoltà legate alla lingua e il 14% ai contenuti complessi, evidenziando la necessità di adattare i materiali e le modalità didattiche.

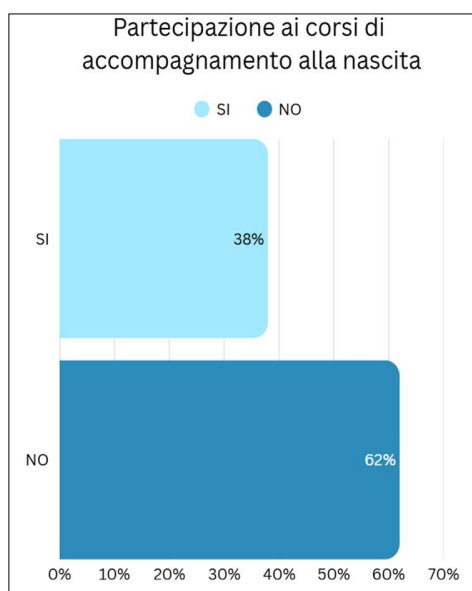


Grafico IV: Corsi di accompagnamento alla nascita

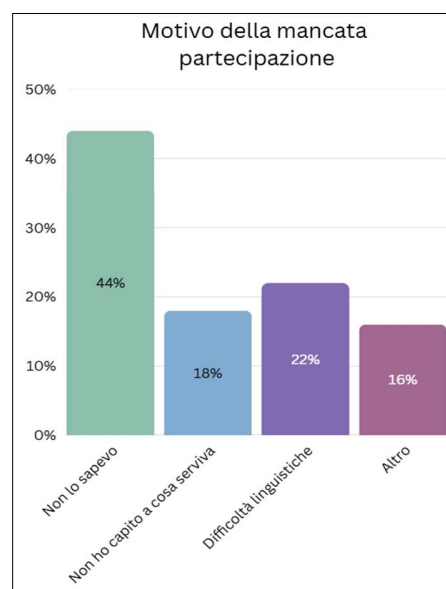


Grafico V: Motivo della mancata partecipazione

La possibilità di esprimere aspettative, desideri o paure, rappresenta un ulteriore limite dell'assistenza ricevuta da queste donne. Il 36% delle donne si è sentita ascoltata dall'ostetrica, mentre il 44% solo in parte e il 20% per nulla. Tra chi non si è sentita ascoltata, il 38% non sapeva di poterlo fare e il 32% riferisce che non è stato chiesto loro.

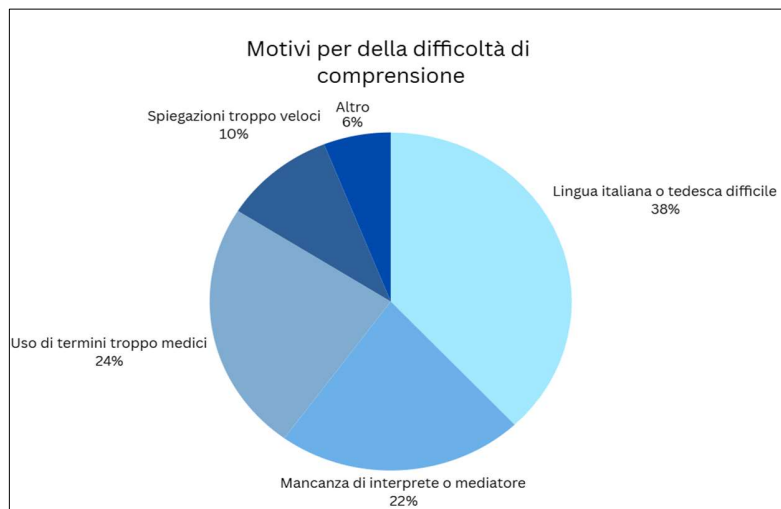
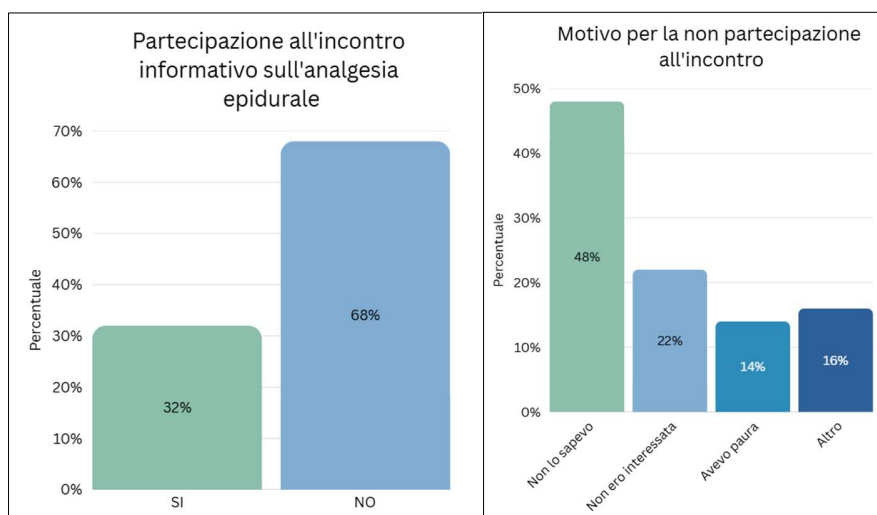


Grafico VI: Difficoltà di comprensione

Incontro formativo sull'analgesia epidurale

Ha partecipato all'incontro informativo il 32% delle donne, mentre il 68% no. Tra chi non ha partecipato, il 48% non ne era a conoscenza, il 22% non era interessato, il 14% aveva paura e il 16% ha indicato altre ragioni. Il 54% è andato da solo, il 46% accompagnato. Ha avuto bisogno di interprete il 18%, mentre l'82% no.



Grafici VII e VIII: Incontro formativo sull'analgesia epidurale

La terza sezione, “*assistenza durante il parto*”, ha come scopo di capire come le partecipanti hanno vissuto il momento stesso del parto.

Durante il parto, più della metà delle donne (56%) ha sempre compreso le spiegazioni e ciò che stava accadendo, mentre il 38% le ha capite solo qualche volta e una piccola quota (6%) non le ha mai comprese. Per quanto riguarda il consenso informato, è stato richiesto sempre a quasi la metà delle partecipanti (48%), qualche volta al 38% e mai al 14%. Per quanto riguarda il coinvolgimento nelle decisioni sul parto, è stato pieno per il 42%, parziale per il 40% e assente per il 18%.

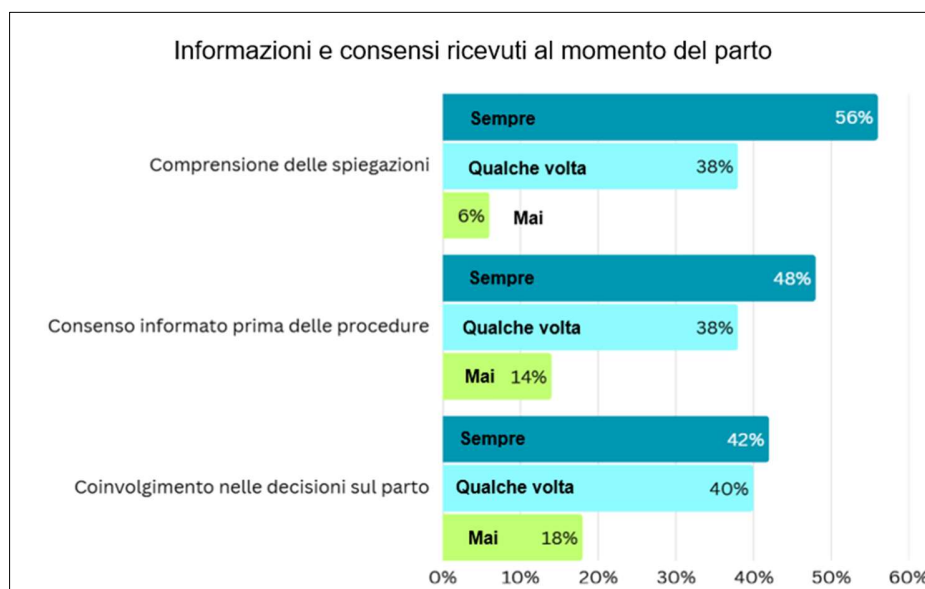


Grafico IX: Informazioni e consensi durante il parto

Il coinvolgimento nelle decisioni sul parto è stato pieno per il 42% delle donne, parziale per il 40% e assente per il 18%. Tra gli aspetti in cui si sarebbe desiderato maggiore partecipazione, il 38% non ha indicato nulla, mentre altre hanno segnalato la scelta del partner (12%), la posizione durante il parto (18%), l'uso dell'analgesia (10%), la scelta tra parto naturale o cesareo (8%), le modalità di assistenza al neonato (8%) e, in misura minore, altre questioni (6%).

Le informazioni riguardo alle opzioni del sollievo dal dolore sono state percepite abbastanza chiaramente dalla maggior parte delle partecipanti con il 46%, tra cui il 32% riferisce di aver capito benissimo tutte le opzioni e scelte consapevoli. Una minoranza del 22% non ha compreso le informazioni sul sollievo del dolore.

La quarta sezione, *“aspetti culturali e religiosi”*, si concentra sul rispetto delle pratiche culturali e religiose da parte degli operatori sanitari. Per quasi la metà delle donne (44%) queste pratiche sono state rispettate senza problemi, mentre per oltre un terzo (38%) solo in parte. Una minoranza, pari a circa un quinto (18%), non ha potuto seguirle affatto.

Tra chi non è riuscita a osservare le proprie tradizioni, le motivazioni principali sono state la mancanza di informazioni: il 42% non sapeva che fosse possibile, e il 36% non si è sentita a proprio agio nel chiedere. Inoltre, il 28% delle partecipanti avrebbe voluto seguire pratiche consentite, ma spesso non lo ha fatto per non sapere che fossero permesse (38%) o per disagio nel domandare (24%).

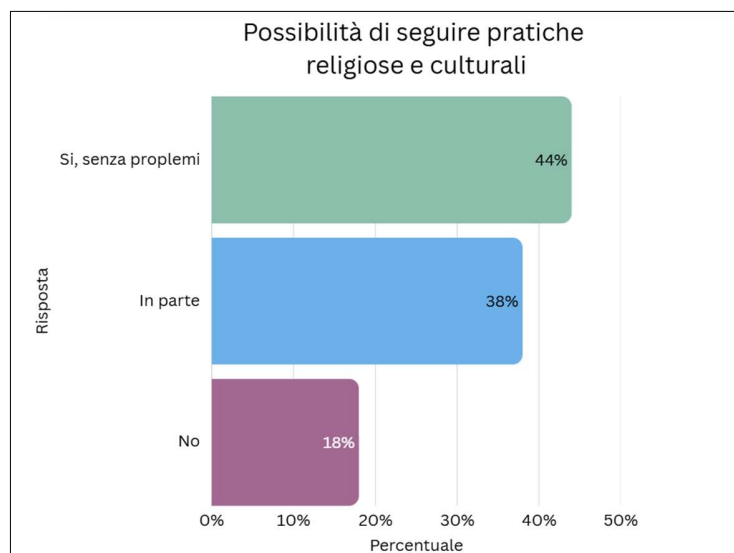


Grafico X: Possibilità di seguire pratiche culturali e religiose

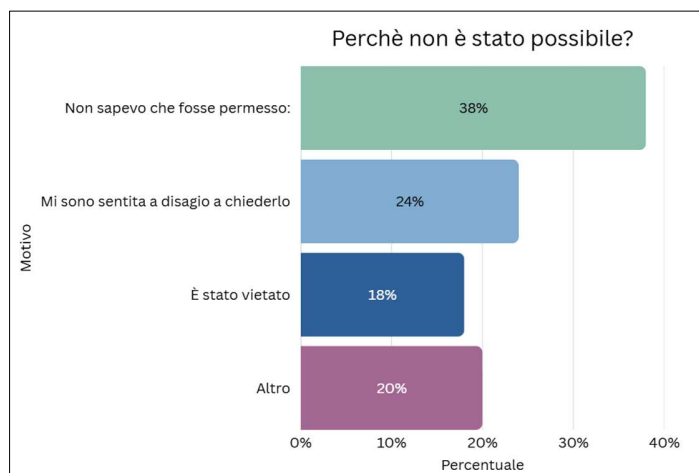


Grafico XI: Motivo dell'impedimento a seguire le pratiche culturali

L'ultima sezione, *“soddisfazione e proposte”*, riguarda le aspettative e la soddisfazione dell'assistenza, così come proposte di miglioramento.

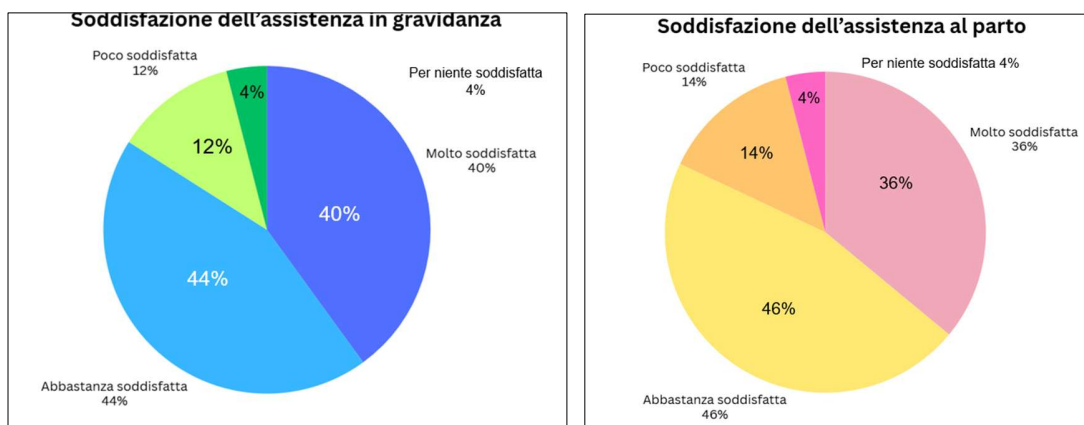
Il 44% conosceva le differenze tra pratiche del proprio paese e quelle italiane, il 38% un po' e il 18% non le conosceva. Il 32% aveva altre aspettative sull'assistenza ostetrica, il 68% no.

Durante la gravidanza, la soddisfazione è stata molto alta per una parte significativa delle partecipanti (40%), mentre per la maggioranza è risultata abbastanza alta (44%). Solo una minoranza ha dichiarato di essere poco soddisfatta (12%) e una piccola quota per niente soddisfatta (4%).

Al momento del parto, la situazione è simile: più di un terzo delle donne si è detta molto soddisfatta (36%), mentre quasi la metà ha espresso una soddisfazione abbastanza alta (46%). Una parte più ridotta ha riportato poca soddisfazione (14%) e solo una piccola percentuale non ne ha avuta affatto (4%).

Per quanto riguarda le motivazioni di insoddisfazione, spiccano le difficoltà di comunicazione, indicate da circa un quinto delle partecipanti (22%). Seguono la mancanza di mediatori (18%) e il mancato rispetto delle pratiche culturali (14%).

Altri fattori citati sono il mancato coinvolgimento (12%), la sensazione di solitudine (10%), le spiegazioni insufficienti (10%) e, in misura minore, episodi di discriminazione (8%) o altre ragioni (6%).



Grafici XII e XIII: Soddisfazione generale dell'assistenza ostetrica in gravidanza e durante il parto

Suggerimenti pratici

Tra i suggerimenti per migliorare l'assistenza, emerge al primo posto la possibilità di accedere a materiale informativo in più lingue, indicata da quasi un terzo delle partecipanti (32%). Subito dopo, molte donne hanno evidenziato l'importanza di una maggiore presenza di mediatori linguistici o culturali (28%), mentre circa un quinto ha chiesto spiegazioni più semplici e comprensibili (18%).

Nonostante le criticità, il giudizio complessivo rimane positivo: ben sei donne su dieci consiglierebbero ad altre di partorire in Alto Adige (60%), segno che l'esperienza, pur con margini di miglioramento, è stata percepita come generalmente buona.

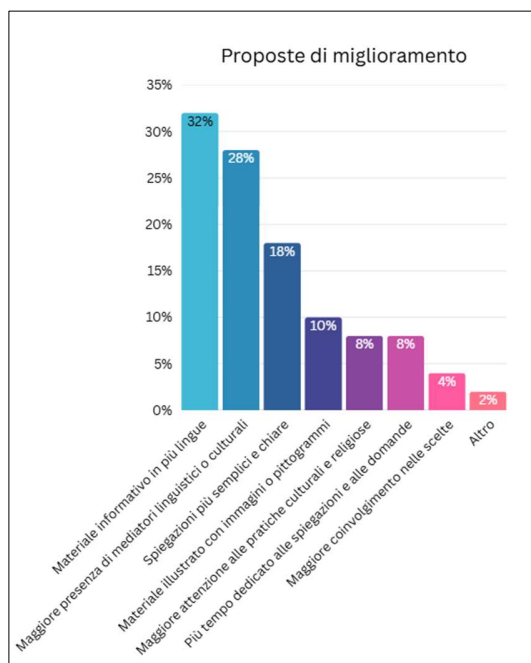


Grafico XIV: Principali proposte di miglioramento emerse

6.8 Discussione

I dati emersi dallo studio sono stati confrontati con la letteratura attualmente a disposizione. Nella discussione sono state integrate testimonianze dirette delle partecipanti, riportate in forma virgolettata, per dare voce alle loro esperienze e confrontarle insieme ai risultati del questionario con i dati e la letteratura

“Avrei voluto avere spiegazioni più chiare, più lente e più tempo per capire”

Dall’analisi dei questionari somministrati, emerge che la barriera linguistica rappresenta il principale ostacolo per le partecipanti. Il 38% delle donne ha indicato la lingua come la difficoltà maggiore nella comprensione delle informazioni sanitarie, mentre il 22% ha segnalato la mancanza di interpreti. Questo dato evidenzia come, per molte donne straniere, la comprensione di ciò che accade durante la gravidanza o il parto sia fortemente compromessa. Tale

difficoltà non si limita alla decifrazione delle parole, ma si traduce in esclusione dai processi decisionali, impossibilità di esprimere dubbi o paure e rischio di non ricevere informazioni complete per compiere scelte consapevoli. La letteratura internazionale lo conferma: studi come quelli di Barrio-Ruiz (2023) e Bains (2021), individuano la lingua come uno degli ostacoli più rilevanti nell'assistenza ostetrica alle donne migranti. Sia le partecipanti alla presente indagine sia gli autori concordano sull'importanza di garantire la presenza di mediatori culturali e di materiale informativo multilingue, strumenti indispensabili per una comunicazione efficace e per un'esperienza positiva della gravidanza e del parto. Nella pratica clinica, tali interventi risultano fondamentali per assicurare un'assistenza culturalmente competente.

“Mi sono sentita lasciata sola”; “Dopo il parto sono stata lasciata su un letto nel corridoio”

Un altro elemento emerso riguarda la continuità assistenziale: solo il 54% delle donne ha riferito di aver avuto un'assistenza continuativa durante la gravidanza. L'ostetrica è stata la figura di riferimento per il 38% delle partecipanti, mentre il 32% è stata seguita sia dall'ostetrica sia dal ginecologo. La frequente rotazione del personale e la mancanza di continuità hanno reso difficile instaurare un rapporto di fiducia, aspetto particolarmente rilevante per chi vive lontano dalla propria famiglia e dal proprio contesto culturale. La letteratura (Mengesha et al., 2017) sottolinea come la formazione interculturale delle ostetriche e la continuità assistenziale siano strategie efficaci per migliorare l'esperienza delle donne migranti.

“Nessuno mi ha detto che potevo partecipare, non sapevo nemmeno che ci fosse un corso”

Solo il 38% delle donne straniere ha partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita. Le principali motivazioni per la mancata partecipazione sono state la scarsa informazione (44%) e le difficoltà linguistiche (22%). Tra le partecipanti, una su quattro ha riscontrato problemi di comprensione e il 14% ha giudicato i contenuti troppo complessi. Questi dati ci indicano la necessità di ripensare i corsi, integrando materiali semplificati, traduzioni in più lingue e supporti visivi (pittogrammi, immagini), al fine di favorire l'accesso e la comprensione. La letteratura conferma che la mancanza di materiali multilingue e l'uso di linguaggio tecnico costituiscono barriere significative (Betancourt et al., 2005).

“Avrei voluto essere ascoltata, che l'ostetrica mi chiedesse quali fossero le mie aspettative e i miei desideri, ma sono stata zitta perché mi sono sentita a disagio”

Solo il 36% delle partecipanti si è sentita pienamente ascoltata dall'ostetrica, mentre il 44% solo in parte e il 20% per nulla. Il coinvolgimento nelle decisioni sul parto è stato completo per il 42%. La percezione di essere ascoltate e coinvolte incide significativamente sulla qualità dell'esperienza. Tuttavia, molte donne hanno riferito di non sapere di poter esprimere preferenze o di non sentirsi a proprio agio nel farlo. Nella mia ricerca è emerso che a 38% delle donne non è stato chiesto il consenso informato per alcune procedure durante il travaglio e il parto, o solo in alcuni casi. La motivazione principale riguarda la mancata comprensione da parte della donna a causa della barriera linguistica. Anche il coinvolgimento nelle decisioni è risultato scarso, cosa che dovrebbe essere garantito a tutte le partorienti.

La letteratura evidenzia che il coinvolgimento attivo aumenta la soddisfazione e favorisce la fiducia nel personale sanitario (Betancourt et al., 2005).

“Nella mia cultura il padre del bambino deve fare la chiamata alla preghiera per benedire il figlio nato. Avrei voluto farlo, ma non mi sentivo a mio agio chiedere”

Solo il 44% delle donne ha potuto seguire senza difficoltà le proprie pratiche culturali o religiose durante il parto; il 38% solo parzialmente e il 18% per nulla. Tra chi non ha potuto, il 42% non era informata sulla possibilità e il 36% non si è sentita a proprio agio nel chiedere. La letteratura (Musie et al., 2022; Withers et al., 2017) suggerisce che raccogliere le preferenze culturali sin dall’inizio e adottare un approccio flessibile migliora l’esperienza delle donne. Tuttavia, la standardizzazione delle procedure e la scarsa flessibilità organizzativa ostacolano la personalizzazione dell’assistenza.

Soddisfazione e proposte di miglioramento

La soddisfazione per l’assistenza in gravidanza è stata molto alta nel 40% dei casi, abbastanza alta nel 44%, mentre il 12% si è dichiarata poco soddisfatta e il 4% per nulla. Le principali cause di insoddisfazione sono state: difficoltà di comunicazione (22%), assenza di mediatori (18%), mancato rispetto delle pratiche culturali (14%) e scarso coinvolgimento (12%). Le proposte di miglioramento includono: maggiore disponibilità di materiale informativo multilingue (32%), più mediatori linguistici e culturali (28%) e spiegazioni più semplici (18%).

Confronto con la letteratura e implicazioni pratiche

I risultati della mia indagine sono coerenti con quanto riportato dalla letteratura internazionale: barriere linguistiche, scarsa informazione, mancato rispetto delle pratiche culturali e limitato coinvolgimento sono problematiche diffuse. Gli studi

sottolineano l'importanza di un approccio inclusivo e culturalmente competente, con operatori formati e mediatori presenti. Un elemento particolare emerso da questa ricerca è la difficoltà nel raggiungere le donne più isolate e il ruolo positivo delle associazioni e degli incontri di gruppo, aspetti meno trattati negli studi ma rilevanti nella pratica locale.

Capitolo 7: Conclusioni

L'indagine qualitativa condotta nella provincia di Bolzano ha permesso di raccogliere dati concreti e dettagliati sulle reali esperienze delle donne straniere durante il percorso nascita. Grazie alle risposte, sono emerse criticità specifiche, come la difficoltà di accesso a informazioni chiare, la mancanza di mediatori linguistici, la scarsa possibilità di esprimere preferenze culturali e la necessità di una maggiore personalizzazione dell'assistenza. Allo stesso tempo, le proposte avanzate dalle partecipanti rappresentano una risorsa per orientare il miglioramento dei servizi: la produzione di materiale informativo multilingue, la presenza costante di mediatori, l'organizzazione di corsi preparto dedicati e la valorizzazione delle tradizioni culturali sono tutte azioni concrete che possono essere implementate. L'indagine ha quindi dimostrato quanto sia importante ascoltare direttamente le utenti per individuare soluzioni pratiche e realmente efficaci, sottolineando che il coinvolgimento attivo delle donne nei processi di cura è la chiave per costruire un'assistenza ostetrica più inclusiva, rispettosa e rispondente ai bisogni di una società sempre più multiculturale.

I risultati dei questionari raccolti nella provincia di Bolzano confermano quanto emerso nella letteratura internazionale. Come sottolineato dagli studi di Carmen Barrio-Ruiz (2023), Bains et al. (2021) e Mengesha et al. (2017), anche nella realtà locale le principali difficoltà per le donne migranti riguardano la comunicazione, la presenza di barriere linguistiche e culturali, e la mancanza di informazioni chiare e accessibili. Nel mio campione, molte donne hanno espresso il bisogno di interpreti qualificati e di materiale informativo tradotto, in linea con le raccomandazioni degli studi citati. È emersa inoltre la richiesta di una maggiore formazione interculturale per il personale sanitario, così come la necessità di percorsi informativi e di accompagnamento specifici per le donne straniere. Anche il bisogno di un'assistenza più personalizzata e attenta alle differenze individuali, già evidenziato in letteratura, è stato confermato dalle risposte delle partecipanti, che hanno chiesto maggiore ascolto, rispetto delle tradizioni e coinvolgimento

nelle decisioni. In sintesi, i dati raccolti attraverso i questionari riflettono e rafforzano le indicazioni della letteratura, sottolineando l'importanza di un approccio flessibile, inclusivo e culturalmente competente nell'assistenza ostetrica alle donne migranti.

7.1 Limiti e dell'indagine e punti di forza del metodo

Uno dei principali limiti dell'indagine è stato legato alla difficoltà di coinvolgere donne straniere disposte a partecipare. Molte di loro hanno mostrato timore o riservatezza, probabilmente per paura di esporsi o di non sentirsi completamente sicure nel condividere la propria esperienza personale. Inoltre, non tutte le donne straniere conoscevano abbastanza bene una delle tre lingue disponibili (italiano, tedesco o inglese) per poter compilare autonomamente il questionario. Questo ha reso necessario distribuire i questionari di persona, spesso con il supporto di diverse associazioni del territorio che mi hanno aiutato a raggiungere le partecipanti e a creare un clima di fiducia. Nonostante queste difficoltà, la distribuzione diretta ha rappresentato anche un punto di forza: essere presente in prima persona mi ha permesso di spiegare chiaramente lo scopo dell'indagine, di aiutare le donne a comprendere le domande e di offrire supporto durante la compilazione. In molti casi, questa modalità ha facilitato la partecipazione e ha permesso di raccogliere dati più autentici e approfonditi, grazie al dialogo diretto e all'ascolto attivo. Un altro limite riguarda la rappresentatività del campione: nonostante l'impegno, alcuni gruppi culturali o linguistici potrebbero essere stati meno raggiunti, soprattutto quelli più isolati o con minore accesso ai servizi e alle associazioni. Inoltre, ho avuto la possibilità di organizzare incontri con gruppi di donne, che si sono rivelati particolarmente utili sia per chiarire i dubbi che per favorire un confronto tra esperienze diverse, arricchendo ulteriormente la qualità delle informazioni raccolte.

7.2 Implicazioni per la pratica clinica

Le informazioni emerse dai questionari hanno fornito indicazioni pratiche e direttamente applicabili per migliorare l'assistenza ostetrica. Molte donne hanno dichiarato la necessità di avere opuscoli e materiali informativi tradotti nelle principali lingue delle comunità presenti sul territorio.

È stata sottolineata la necessità di garantire la presenza di mediatori linguistici e culturali durante le visite e il parto, per facilitare la comunicazione e ridurre incomprensioni o ansie.

Alla luce di quanto descritto, potrebbe essere di aiuto l'organizzazione di incontri informativi e corsi preparto specifici per donne straniere, con contenuti adattati e spiegazioni semplici, con il supporto di personale che conosca le loro lingue o pratiche culturali.

Un'altra proposta concreta riguarda la possibilità di esprimere preferenze sulle pratiche culturali e religiose da rispettare durante il parto, attraverso la compilazione di un modulo o un colloquio dedicato all'inizio del percorso nascita. Infine, è stata evidenziata l'importanza di coinvolgere maggiormente le donne nelle decisioni che riguardano il loro parto, chiedendo sempre il consenso informato e spiegando in modo chiaro le opzioni disponibili, anche se dovrebbe essere garantito a priori.

All'interno dei servizi potrebbe essere attivato un programma di avvicinamento alla popolazione straniera per rendere l'assistenza ostetrica più accessibile, comprensibile e rispettosa delle diverse esigenze culturali.

Perciò, è fondamentale promuovere un approccio interculturale alla cura in gravidanza e parto, che valorizzi le differenze e riconosca la centralità del vissuto individuale. La formazione degli operatori sanitari, la mediazione linguistico-culturale e l'adozione di modelli assistenziali inclusivi rappresentano strumenti essenziali per garantire un'assistenza equa e rispettosa per tutte le donne, indipendentemente dalla loro origine. La figura professionale dell'ostetrica riveste

un ruolo cruciale, non limitandosi alla sola traduzione linguistica, ma svolgendo una funzione più ampia di mediazione culturale. Ha il compito principale di facilitare la comprensione reciproca tra codici culturali differenti, chiarendo motivazioni, esigenze e criticità che possono emergere nel corso della relazione di cura.

Offrire un'assistenza adeguata alle donne immigrate richiede dunque un impegno significativo da parte degli operatori, chiamati a esercitare empatia, adattabilità e apertura verso situazioni complesse e diversificate. In questo senso, il recupero dell'“arte ostetrica” intesa come capacità di comunicare attraverso il linguaggio non verbale, il ricorso alla semeiotica clinica in assenza di riferimenti standardizzati, e la disponibilità a interrogarsi e informarsi sulle consuetudini culturali dell'altra, diventano strumenti fondamentali per costruire un sapere condiviso, in grado di migliorare l'efficacia della relazione assistenziale.

Nel corso dell'indagine è emerso che alcune associazioni sociali hanno mostrato interesse nel realizzare incontri specifici su come orientare le madri straniere verso le corrette informazioni riguardanti gravidanza e parto. Molte associazioni madre-bambino, alcune delle quali ho contattato per la ricerca delle partecipanti e che sono in relazione con donne straniere, hanno espresso difficoltà nel capire come sostenere adeguatamente queste donne. Per questo motivo, hanno proposto l'organizzazione di incontri con ostetriche o altri professionisti sanitari, al fine di acquisire strumenti utili per indirizzare le madri straniere ai servizi più appropriati e a informazioni che potrebbero offrire. Tali iniziative rappresenterebbero un vantaggio reciproco, poiché permetterebbero anche alle ostetriche di apprendere dai servizi sociali che lavorano a stretto contatto con donne di diversa provenienza culturale.

BIBLIOGRAFIA:

Fonti PubMed

- Afsana, K., Rashid, S.F. (2001). *The challenges of meeting rural Bangladeshi women's needs in delivery care. Reproductive Health Matters* 9, 79–89.
- Agbemenu, K., Banke-Thomas, A., Ely, G., & Johnson-Agbakwu, C. (2019). *Avoiding obstetrical interventions among US-based Somali migrant women: a qualitative study. Ethnicity and Health*, 26(7), 1082–1097.
- Atukunda, E. C., Mugenyi, G. R., Obua, C., Musiimenta, A., Agaba, E., Najjuma, J. N., Ware, N. C., & Matthews, L. T. (2020). *Women's Choice to Deliver at Home: Understanding the Psychosocial and Cultural Factors Influencing Birthing Choices for Unskilled Home Delivery among Women in Southwestern Uganda. Journal of Pregnancy*.
- Bains, S., Skråning, S., Sundby, J., Vangen, S., Sørbye, I. K., & Lindskog, B. V. (2021). *Challenges and barriers to optimal maternity care for recently migrated women - a mixed-method study in Norway. BMC Pregnancy and Childbirth*.
- Barrio-Ruiz, C., De Viñaspre-Hernandez, R. R., Colaceci, S., Juarez-Vela, R., Santolalla-Arnedo, I., Durante, A., & Di Nitto, M. (2023). *Language and Cultural Barriers and Facilitators of Sexual and Reproductive Health Care for Migrant Women in High-Income European Countries: an Integrative review. Journal of Midwifery & Women S Health* 69, 71–90.
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Ananeh-Firempong, O. (2003). *Defining Cultural Competence: A Practical Framework for Addressing Racial/Ethnic Disparities in Health and Health Care. Public Health Reports*.

- Bonavina, G., Spinillo, S. L., Sotiriadis, A., Bulfoni, A., Kaltoud, R., Salvatore, S., Candiani, M., & Cavoretto, P. I. (2024). *Effect of type III female genital mutilation on obstetric outcomes: A systematic review and meta-analysis*. Heliyon.
- Idoko, P., Armitage, A., Nyassi, M. T., Jatta, L., Bah, N., Jah, A., Jabbie, D., & Bittaye, M. (2022). *Obstetric outcome of female genital mutilation in the Gambia – an observational study*. African Health Sciences, 386–395.
- Kaphle, S., Hancock, H., Newman, L.A. (2013). *Childbirth traditions and cultural perceptions of safety in Nepal: critical spaces to ensure the survival of mothers and newborns in remote mountain villages*. Midwifery 29, 1173–1181.
- Machado, S., Wiedmeyer, M., Watt, S., Servin, A. E., & Goldenberg, S. (2021). *Determinants and inequities in Sexual and Reproductive Health (SRH) care access among IM/Migrant Women in Canada: Findings of a Comprehensive Review (2008–2018)*. Journal of Immigrant and Minority Health.
- Mawoza T, Nhachi C, Magwali T. (2019). *Prevalence of Traditional Medicine Use during Pregnancy, at Labour and for Postpartum Care in a Rural Area in Zimbabwe*. Clin Mother Child Health.
- Mengesha, Z. B., Perz, J., Dune, T., & Ussher, J. (2017). *Refugee and migrant women's engagement with sexual and reproductive health care in Australia: A socio-ecological analysis of health care professional perspectives*.
- Musie, MR, Anokwuru, RA, Ngunyulu, RN, & Lukhele, S 2022. *African indigenous beliefs and practices during pregnancy, birth and after birth*, in FM Mulaudzi & RT Lebesse (eds.), *Working with indigenous knowledge: Strategies for health professionals*, AOSIS Books, Cape Town, pp. 85–106.

- Navarro-Prado, S., Sánchez-Ojeda, M., Marmolejo-Martín, J., Kapravelou, G., Fernández-Gómez, E., & Martín-Salvador, A. (2022). *Cultural influence on the expression of labour-associated pain*. BMC Pregnancy and Childbirth.
 - Thapa, N., Chongsuvivatwong, V., Geater, A.F., Ulstein, M. (2000). *High-risk childbirth practices in remote Nepal and their determinants*. Women Health 4, 83–97.
 - Withers, M., Kharazmi, N., & Lim, E. (2017). *Traditional beliefs and practices in pregnancy, childbirth and postpartum: A review of the evidence from Asian countries*. Midwifery, 56, 158–170.
-

Altre fonti

- Agenda della Disabilità. (2023, giugno 27). *Barriere culturali*. Agenda Della Disabilità.
<https://agendadelladisabilita.it/barriere-culturali/>
- Are, G. (2021, marzo 11). *Barriere sociali psicologiche e nella Cultura*. Guidapsicologi.
<https://www.guidapsicologi.it/articoli/barriere-sociali-psicologiche-e-nella-cultura>
- ASTAT – Istituto provinciale di statistica della Provincia autonoma di Bolzano. (2021, gennaio 20). *Natalità e fecondità 1999-2019*. Ministero delle Infrastrutture e della Mobilità Sostenibili

- Aziato L, Omenyo CN (2018). *Initiation of traditional birth attendants and their traditional and spiritual practices during pregnancy and childbirth in Ghana*. BMC Pregnancy and Childbirth.
- Buscaglia, M., Curiel, P., Dubini, V., Sacchetti, G., & Santini, F. (2004). *Gravidanza e parto nelle donne immigrate: L'esperienza in Toscana e Lombardia*. 3.
- Colafrancesco, L. (2024). *ONU: Rapporto sulla migrazione mondiale 2024*. UILPA.
<https://www.uilpa.it/onu-rapporto-sulla-migrazione-mondiale-2024/>
- Eddaoudi, J. (2024). *Leitfaden für die Begleitung von muslimischen Frauen rund um die Geburt*. Österreichische Hebammenzeitung, 16–20.
- International Organization for Migration. (2025). *Fundamentals of migration: International Organization for Migration*.
<https://www.iom.int/fundamentals-migration>
- ISTAT - Istituto Nazionale di Statistica. (2024, ottobre 21). *Natalità e fecondità della popolazione residente - 2023 [PDF]*.
<https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/10/Natalita-in-Italia-Anno-2023.pdf>.
- Istituto della Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani. (2013). *Definizione multiculturalismo/interculturalismo*
https://www.treccani.it/enciclopedia/multiculturalismo-interculturalismo_%28Lessico-del-XXI-Secolo%29/#google_vignette

- Istituto della Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani. (1992). *Contatto culturale*
[https://www.treccani.it/enciclopedia/contatto-culturale_\(Enciclopedia-delle-scienze-sociali\)](https://www.treccani.it/enciclopedia/contatto-culturale_(Enciclopedia-delle-scienze-sociali))
- Micheli, I. (n.d). *Dialoghi: Neomamme e Culture a confronto*. Centro Studi Valle Imagna.
chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/file:///C:/Users/emily/Downloads/Dialoghi_Neomamme_e_Culture_a_confronto.pdf
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2021): *Stranieri irregolari e accesso alle strutture sanitarie. Che cos'è il codice STP?*
<https://integrazionemigranti.gov.it/it-it/Ricerca-news/Dettaglio-news/id/1867/Stranieri-irregolari-e-accesso-alle-strutture-sanitarie-Che-cose-il-codice-STP->
- Moujahid, C., Turman, J. E., Jr., & Amahdar, L. (2023). *Common traditions, practices, and beliefs related to safe motherhood and newborn health in Morocco. Healthcare*, 11(5), 769.
- n.d. (s.d.). *Definizione migrazione*. European Migration Network.
<https://www.emnitalyncp.it/definizione/migrazione/>
- Ohaja, M., & Anyim, C. (2021). *Rituals and embodied cultural practices at the beginning of life: African perspectives. Religions*, 12(11), 1024.
- Ogunlaja, O. A., Olayemi, M., & Nwogu, I. (2021). *Cultural beliefs and practices during pregnancy and childbirth in Sub-Saharan Africa: A systematic review. Religions*, 12(11), 1024.

- Valtolina, Giovanni Giulio (n.d.). Dizionario di dottrina sociale della Chiesa: *Interculturalismo e processi migratori*. Università Cattolica del Sacro Cuore.
https://www.dizionariodottrinasociale.it/Voci/Interculturalismo_e_processi_migratori.html#:~:text=L'interculturalismo%20si%20differenzia%20dal,alla%20dinamicit%C3%A0%20delle%20trasformazioni%20culturali
- Provincia Autonoma di Bolzano (2024): *Guida all'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri ed ai cittadini degli Stati membri dell'Unione europea*
<https://salute.provincia.bz.it/it/cittadini-stranieri-unione-europea>
- World Health Organisation (WHO), (2018), Global Health Observatory data repository: *Births by caesarean section, Data by country*
<https://apps.who.int/gho/data/node.main.BIRTHSBYCAESAREAN?lang=en>
- World Health Organisation (WHO), (2019), *Why having a companion during labour and childbirth may be better for you* https://www.who.int/news/item/19-03-2019-why-having-a-companion-during-labour-and-childbirth-may-be-better-for-you?utm_source=chatgpt.com
- UNICEF/OMS/UNFPA. (2025). *Mutilazioni genitali: più di 230 milioni di ragazze e donne hanno subito mutilazioni genitali femminili (FGM)*
<https://www.unicef.it/media/unicef-oms-unfpa-piu-di-230-milioni-di-ragazze-e-donne-hanno-subito-mutilazioni-genitali-femminili-fgm/>

Allegati

Allegato I:

Questionario di ricerca sull'assistenza ostetrica multiculturale

Sezione 1 – Informazioni generali

Età: _____

Paese di origine: _____

Lingua parlata abitualmente: _____

Da quanti anni vivi in Italia?

☐ Meno di 1 anno

☐ 4–6 anni

☐ 1–3 anni

☐ Più di 6 anni

Sezione 2 – Assistenza in gravidanza

1. Da chi sei stata seguita principalmente durante la gravidanza?

☐ Ostetrica

☐ Medico ginecologo

☐ Entrambi

☐ Altro (specifica): _____

2. Hai avuto un'assistenza continua (la stessa persona che ti ha seguito dall'inizio alla fine della gravidanza)?

☐ Sì

☐ No

3. Hai partecipato a corsi di accompagnamento alla nascita?

☐ Sì

☐ No

Se no, perché?

- ☐ Non lo sapevo
- ☐ Non ho capito a cosa serviva
- ☐ Difficoltà linguistiche
- ☐ Altro: _____

Se sì:

Chi teneva il corso?

- ☐ L'ostetrica
- ☐ Ginecologa/Ginecologo
- ☐ Altro _____

Hai avuto difficoltà a seguire?

- ☐ No
- ☐ Sì, per la lingua
- ☐ Sì, per i contenuti troppo complessi
- ☐ Altro: _____

4. Da chi hai ricevuto le informazioni principali su gravidanza, controlli e preparazione al parto?

- ☐ Ostetrica
- ☐ Medico
- ☐ Familiari o amici
- ☐ Internet / social media
- ☐ Altro: _____

5. Quanto ti sono sembrate chiare le informazioni ricevute dall'ostetrica/ginecologa durante la gravidanza?

- ☐ Molto chiare
- ☐ Abbastanza chiare
- ☐ Poco chiare
- ☐ Per niente chiare

6. Se hai avuto difficoltà di comprensione, quali sono state le principali cause?

- ☐ Lingua italiana o tedesca difficile
- ☐ Mancanza di interprete o mediatore
- ☐ Uso di termini troppo medici
- ☐ Spiegazioni troppo veloci
- ☐ Altro: _____

7. Chi ti ha aiutato a comprendere meglio le informazioni?

- ☐ Nessuno, ho capito da sola
- ☐ Mediatore linguistico o culturale
- ☐ Familiari / partner
- ☐ Personale sanitario che parlava la mia lingua
- ☐ Altro: _____

8. Preferisci ricevere aiuto nella comprensione da un familiare/conoscente o da una persona esterna come un mediatore?

- ☐ Familiare/conoscente
- ☐ Persona esterna (mediatore, interprete)
- ☐ Indifferente

9. Hai avuto la possibilità di parlare con l'ostetrica delle tue aspettative, desideri o paure durante la gravidanza?

- ☐ Sì, mi sono sentita ascoltata
- ☐ In parte
- ☐ No

Se no, perché?

- ☐ Non sapevo di poterlo fare
- ☐ Non mi è stato chiesto
- ☐ Non mi sono sentita a mio agio
- ☐ Altro: _____

10. Hai partecipato all'incontro informativo sull'epidurale?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se no, perché?

- ☐ Non lo sapevo
- ☐ Non ero interessata
- ☐ Avevo paura
- ☐ Altro: _____

Se sì:

Sei andata da sola?

- ☐ Sì
- ☐ No, accompagnata

Hai avuto bisogno di un interprete?

☐ Sì

☐ NO

Sezione 3 – Assistenza durante il parto

11. Durante il parto, hai compreso le spiegazioni e ciò che stava succedendo?

☐ Sempre

☐ Qualche volta

☐ Mai

12. Ti è stato chiesto il consenso prima delle procedure (es. visite, monitoraggi, interventi)?

☐ Sempre

☐ Qualche volta

☐ Mai

13. Sei stata coinvolta nelle decisioni riguardanti il parto?

☐ Sempre

☐ Qualche volta

☐ Mai

14. In quali aspetti avresti voluto essere maggiormente coinvolta? (puoi scegliere più risposte)

☐ Nessuno, sono soddisfatta

☐ Scelta del partner

☐ Scelta della posizione durante travaglio e parto

☐ Uso dell'analgesia (epidurale, altri metodi)

☐ Scelta tra parto naturale o taglio cesareo

☐ Modalità di assistenza al neonato subito dopo il parto

☐ Altro: _____

15. Hai ricevuto informazioni chiare sulle opzioni di sollievo dal dolore?

- ☐ Sì, chiarissime
- ☐ Abbastanza chiare
- ☐ Poco chiare

Sezione 4 – Aspetti culturali e religiosi

16. Hai avuto la possibilità di rispettare pratiche culturali o religiose importanti per te sia in gravidanza che durante il parto?

- ☐ Sì, senza problemi
- ☐ In parte
- ☐ No

Se no, perché?

- ☐ Non mi è stato spiegato che potevo seguire le mie pratiche culturali
- ☐ Non mi sono sentita a mio agio
- ☐ Altro: _____

17. Ci sono invece pratiche culturali o religiose che avresti voluto seguire ma non ti è stato possibile?

- ☐ No
- ☐ Sì, quali: _____

Se sì, perché non è stato possibile?

- ☐ Non sapevo che fosse permesso
- ☐ Mi sono sentita a disagio a chiederlo
- ☐ È stato vietato
- ☐ Altro: _____

18. Conoscevi le differenze tra le pratiche del tuo paese e quelle italiane riguardo gravidanza e parto?

- ☐ Sì, ero informata
- ☐ Un po'
- ☐ No, non sapevo

19. Avevi altre aspettative sull'assistenza ostetrica in gravidanza e durante il parto in Alto Adige?

- ☐ Sì, quali: _____
- ☐ No

Sezione 5 – Soddisfazione e proposte

20. Quanto sei soddisfatta dell'assistenza ricevuta IN GRAVIDANZA?

- ☐ Molto soddisfatta
- ☐ Abbastanza soddisfatta
- ☐ Poco soddisfatta
- ☐ Per niente soddisfatta

21. Quanto sei soddisfatta dell'assistenza ricevuta AL MOMENTO DEL PARTO?

- ☐ Molto soddisfatta
- ☐ Abbastanza soddisfatta
- ☐ Poco soddisfatta
- ☐ Per niente soddisfatta

22. Se non sei rimasta molto soddisfatta, quali sono i motivi principali? (puoi scegliere più risposte)

- ☐ Difficoltà di comunicazione
- ☐ Mancanza di interpreti o mediatori
- ☐ Mancanza di rispetto per pratiche culturali/religiose
- ☐ Non mi sono sentita coinvolta nelle decisioni
- ☐ Mi sono sentita lasciata sola
- ☐ Mi sono sentita discriminata perché straniera
- ☐ Non mi hanno spiegato bene le informazioni
- ☐ Altro: _____

23. Cosa potrebbe migliorare l'assistenza alle donne straniere durante gravidanza e parto? (puoi scegliere più risposte)

- ☐ Materiale informativo in più lingue
- ☐ Maggiore presenza di mediatori linguistici o culturali
- ☐ Spiegazioni più semplici e chiare
- ☐ Materiale illustrato con immagini o pittogrammi
- ☐ Maggiore attenzione alle pratiche culturali e religiose
- ☐ Più tempo dedicato alle spiegazioni e alle domande
- ☐ Maggiore coinvolgimento nelle scelte
- ☐ Altro: _____

24. Consiglieresti ad altre donne di partorire in Alto Adige?

- ☐ Sì
- ☐ Forse
- ☐ No

Ringraziamenti

Ringrazio di cuore la mia famiglia e tutte le persone care che mi hanno sostenuta lungo questo percorso verso il mio sogno di diventare ostetrica.

Un ringraziamento speciale va alla mia relatrice, per il suo prezioso aiuto, il costante supporto e le idee che hanno arricchito questa tesi, oltre che per avermi aiutata nella ricerca delle partecipanti alla mia indagine.

Desidero ringraziare anche la mia correlatrice, senza la quale probabilmente non avrei nemmeno saputo da dove iniziare. Mi ha guidata e mi ha offerto spunti fondamentali per la realizzazione di questo lavoro.

Un grazie sincero va a tutte le donne che hanno accettato di condividere con me le loro esperienze, aprendosi con coraggio su paure, traumi e momenti felici, contribuendo alla realizzazione della mia tesi.

Un ringraziamento davvero speciale va ai miei genitori, che mi hanno sostenuta nel seguire quella che per me è una vera e propria chiamata. Hanno reso possibile questi tre anni di studio intenso, di nuove amicizie e di esperienze di vita. Mi hanno sempre incoraggiata a diventare la persona che aspiro a essere, supportandomi e, spesso, sopportandomi.

Ringrazio anche i miei fratelli, che nei momenti di stress per esami, tirocini e la scrittura della tesi hanno avuto tanta pazienza.

Ringrazio i miei nonni.

Nonno Gigi, sei sempre stato il primo a voler sapere come andavano gli esami, e accendevi una candelina per me ogni volta. Mi hai accompagnata a quasi tutti

i turni di notte portando cioccolate per tutte le ostetriche. Sono fiera e felice di poterti avere accanto il giorno della mia laurea.

Oma Emi, so di averti resa fiera di me, lo sghittino.

Un grazie di cuore anche a zia Paola e zio Maurizio, che mi hanno accolta e ospitata durante i tirocini.

*E infine, un ringraziamento davvero speciale a te, **David**, la mia persona. Ti ho conosciuto quando avevo appena iniziato questo percorso, e da allora non hai mai lasciato il mio fianco. Sei la persona che ha dovuto sopportarmi di più, ma anche quella che ha gioito di più per ogni mio traguardo. Ti amo.*