

## **RELAZIONE DATI DI RICERCA**

***Valutazione della presa in carico delle donne straniere nei percorsi gravidanza e nascita***

Ospedale S. Maria Goretti – Maggio / Ottobre 2025

### **Prefazione e contesto della ricerca**

La presente relazione nasce nell'ambito del progetto di ricerca "Lucrezia Fabrizio – Ostetricia", condotto presso l'Ospedale "Santa Maria Goretti" di Latina tra maggio e ottobre 2025. Lo studio originario, promosso dal Dipartimento Materno-Infantile in collaborazione con la Sapienza Università di Roma – Polo Pontino, aveva come obiettivo generale la valutazione della qualità dell'assistenza ostetrico-ginecologica e del percorso nascita attraverso la somministrazione di questionari a donne in gravidanza e a ostetriche.

La UOSD Comunicazione e Relazioni con il Pubblico ha successivamente rielaborato i risultati con un'ottica specifica di analisi della presa in carico delle donne straniere, al fine di valutare il grado di accessibilità, inclusione e continuità dei percorsi aziendali rivolti a questa utenza. Tale rilavorazione ha permesso di rileggere i dati quantitativi e qualitativi alla luce delle dimensioni comunicative, relazionali e interculturali che caratterizzano il rapporto tra servizi sanitari e cittadinanza straniera.

La riflessione si inserisce nel quadro delle politiche aziendali orientate all'equità di accesso e alla personalizzazione dei percorsi di cura, in coerenza con la Carta dei Servizi, la Legge 150/2000 sulla comunicazione pubblica e gli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione 2025-2029.

---

### **1) Contesto e composizione del campione**

La ricerca complessiva ha coinvolto:

- 150 donne in gravidanza, di cui 100 straniere e 50 italiane, seguite presso ambulatori ospedalieri o in regime privato;
- 50 ostetriche, operanti nei reparti ospedalieri, nei consultori e nei servizi territoriali dell'ASL di Latina.

Il campione delle donne straniere, su cui si incentra la presente analisi, comprende principalmente cittadine provenienti da Romania, Bangladesh, India, Ucraina, Nigeria, Filippine e America Latina. L'età media è di 32,1 anni, con una permanenza media in Italia di 9,4 anni. Il livello di istruzione è mediamente buono (60% con diploma) ma si accompagna a una bassa occupazione (90% casalinghe), segnale di una possibile fragilità socio-economica. La quasi totalità delle donne vive stabilmente con il partner (98%), elemento che evidenzia una struttura familiare solida ma anche una forte dipendenza relazionale e linguistica nei percorsi di accesso ai servizi.

---

### **2) Obiettivi della rielaborazione**

L'analisi condotta dalla UOSD Comunicazione e Relazioni con il Pubblico ha inteso:

- ricostruire il livello di presa in carico effettiva delle donne straniere da parte dei servizi pubblici (consultori, reparti, ambulatori);
- individuare criticità comunicative e culturali che incidono sull'aderenza ai percorsi e sull'autonomia decisionale;
- proporre azioni di miglioramento organizzativo e informativo per rafforzare la qualità inclusiva dei percorsi nascita.

---

### 3) Metodologia

La rilevazione è stata di tipo trasversale, basata su questionari strutturati somministrati in tre lingue (italiano, inglese, francese). I dati quantitativi sono stati integrati da osservazioni qualitative raccolte attraverso colloqui informali e focus con operatori sanitari. La rielaborazione successiva ha previsto una nuova lettura dei dati grezzi per:

- isolare i sottoinsiemi di risposte relative alle donne straniere;
- confrontare i pattern di accesso e continuità assistenziale con quelli delle donne italiane;
- costruire indicatori di presa in carico territoriale, mediazione linguistica e educazione alla nascita.

---

### 4) Executive summary

Obiettivo. Rianalizzare i risultati della ricerca con focus prioritario sul campione delle donne straniere e valutare la presa in carico reale (accesso, continuità e qualità inclusiva) da parte dei servizi aziendali.

Messaggi chiave.

- Le donne straniere del campione accedono precocemente e con elevato numero di controlli, ma prevalentemente nel privato; la presa in carico territoriale/consultoriale risulta residua.
- La continuità informativa è buona in termini quantitativi, ma 1 su 5 dichiara difficoltà di comprensione; l'uso di familiari come interpreti è molto frequente.
- Mediazione linguistico-culturale percepita come molto utile ma scarsamente utilizzata in pratica.
- Educazione/preparazione alla nascita: partecipazione molto bassa; forte interesse per gruppi nella stessa lingua.
- Priorità operative: rafforzare consultori, percorsi multilingue e mediati, superare l'uso del partner come interprete, strutturare KPI di monitoraggio.

---

### 5) Profilo del campione

Età media: 32,1 anni. Tempo in Italia: 9,4 anni.

Titolo di studio: 60% diploma; occupazione: 90% casalinghe; 5% occupate.

Convivenza: 98% con partner.

Storia riproduttiva: 75,5% con gravidanze pregresse (97% seguite in Italia).

Gravidanza attuale: 58% patologica; 42% fisiologica.

---

### 6) Indicatori di presa in carico

Accesso precoce <9 settimane: 74%; >8 visite: 96,2%. Setting principale: 82% privato, 8% consultorio, 10% ambulatori.

Acido folico 93% (poco pre-concezionale); corsi nascita 18% (91% favorevoli a gruppi in lingua).

Difficoltà di comprensione: 20%; uso familiari interpreti: 35%; mediatori poco usati ma percepiti utili (93%).

---

### **7) Gap e rischi assistenziali**

1. Bassa presa in carico territoriale.
2. Mediazione culturale sotto-utilizzata.
3. Uso partner come interprete.
4. Educazione alla nascita poco inclusiva.
5. Prevenzione preconcezionale non sistematica.

---

### **8) Raccomandazioni operative**

- A. Percorsi: attivare Percorso Nascita Migranti (PNM).
- B. Comunicazione: protocollo mediazione, interpreti professionali, materiali multilingue.
- C. Educazione: corsi bilingui, gruppi madre-a-madre, navigator ostetrici.
- D. Integrazione ospedale-territorio: handover dimissioni entro 72h.
- E. Formazione: modulo annuale su competenza culturale.

---

### **9) KPI proposti**

1. % prime visite  $\leq 10$  settimane in consultorio
2. % contatti con interprete/mediatore
3. % consensi senza familiare interprete
4. % partecipazione corsi parto (per lingua)
5. % dimissioni con handover  $\leq 72$ h
6. % acido folico pre-concezionale
7. % comprensione completa informazioni

---

### **10) Conclusioni**

La presa in carico delle donne straniere appare quantitativamente adeguata ma poco integrata nei percorsi pubblici e non sufficientemente inclusiva sul piano linguistico-culturale. Rafforzare consultori, mediazione e educazione in lingua è cruciale per migliorare equità, autonomia e continuità assistenziale.