

Adesione a interventi preventivi per l'infanzia tra gli immigrati: uno studio randomizzato

Tea Burmaz*, Michela Villani*, Adriano Cattaneo*, Mariarosa Milinco**, Sofia Quintero Romero**, Rosa Bernal**

*Unità per la Ricerca sui Servizi sanitari e la Salute internazionale, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

**Centro per la Salute del Bambino, Trieste

Abstract

Compliance to preventive interventions in infancy among immigrants: a randomised trial

Objective To assess the effectiveness of trained cultural mediators in promoting, among immigrant mothers, four preventive interventions for their infants: immunization, breastfeeding, sleeping position, passive smoking exposure.

Methods 142 immigrant pregnant women in Trieste and Bologna, speaking Chinese, Serbian-Croatian, Arabian and Urdu, were randomized in two intervention groups: one receiving a booklet or home visits from trained cultural mediators and a control group exposed to routine health care. Quantitative data were collected at enrolment, soon after birth, and at three and six months after birth. Qualitative data were collected from a sub-group of 19 women through focus groups and in-depth interviews.

Results A considerable proportion of data was missed after birth (49%) and at six months (30%) for different reasons. Analysis of results, limited to data gathered at enrolment (98%) and at three months (87%), shows no difference in compliance with preventive interventions among the three study groups. There were, however, statistically significant differences among both linguistic groups and research sites. Multivariate analysis confirmed the lack of differences among groups, but could not isolate language and residence as variables associated with different health practices due to the homogeneity within linguistic groups and research sites. The qualitative analysis associated differences in health practices with cultural motivations that were specific for each linguistic group, but not with the three study groups.

Discussion The lack of a demonstrated effectiveness of a booklet or a home visit by cultural mediators could be due to different reasons. Some may be related with the design of these interventions, some to the limitations of the study, some with specific cultural elements within each linguistic group.

Quaderni acp 2007; 14(2): 50-55

Key words Cultural mediator. Preventive interventions. Infancy. Immigrant mothers

Obiettivo Valutare l'efficacia di mediatrici culturali formate nella promozione, presso madri immigrate, di quattro interventi preventivi per i figli: vaccinazioni, allattamento al seno, posizione nel sonno, esposizione a fumo passivo.

Metodi 142 gravide di quattro gruppi linguistici (cinese, serbo-croato, arabo e urdu) di Trieste e Bologna sono state randomizzate a due gruppi di intervento (consegna di un opuscolo o visite domiciliari da parte di mediatrici culturali formate) e a un gruppo di controllo (assistenza di routine). I dati quantitativi sono stati raccolti all'arruolamento, dopo il parto, al terzo e al sesto mese di vita. Dati qualitativi sono stati raccolti su un sottogruppo di 19 donne mediante "focus group" e interviste in profondità.

Risultati Una considerevole proporzione di dati è stata persa dopo il parto (49%) e al sesto mese (30%), per varie ragioni. L'analisi dei risultati, limitata ai dati raccolti all'arruolamento (98%) e al terzo mese (87%), non mostra sostanziali differenze tra i tre gruppi nell'adesione agli interventi preventivi. Vi sono invece differenze significative tra gruppi linguistici e tra le due città. L'analisi multivariata ha confermato la mancanza di differenze tra gruppi di intervento, ma non ha consentito di isolare la lingua e la residenza come variabili associate ai diversi comportamenti di salute a causa dell'omogeneità all'interno dei gruppi linguistici e nelle due città. L'analisi qualitativa ha permesso di correlare i diversi comportamenti di salute con motivazioni di origine culturale specifiche per ogni gruppo linguistico, ma non con l'appartenenza ai tre gruppi dello studio.

Conclusioni Molte ragioni possono essere la causa della mancata dimostrazione di efficacia dell'opuscolo o delle visite domiciliari da parte di mediatrici culturali formate. Alcune possono essere legate al disegno degli interventi proposti, altre ai limiti dello studio, altre a elementi culturali specifici di ogni gruppo linguistico.

Parole chiave Mediatore culturale. Interventi preventivi. Infanzia. Madri immigrate

Per corrispondenza:
Tea Burmaz
e-mail: burmaz@burlo.trieste.it

Introduzione

Molti studi condotti in Europa e negli Stati Uniti sottolineano le differenze tra la popolazione immigrata e autoctona per molti indicatori di salute materno-infantile, nelle informazioni e conoscenze delle donne e nell'accesso ai servizi sanitari [1-5]. Le differenze tra gli immigrati e gli autoctoni, in favore degli autoctoni, sono state evidenziate anche per l'allattamento al seno, le vaccinazioni, il fumo di sigaretta e la posizione nel sonno del bambino [6-10]. Uno studio condotto nel 2002 in Emilia-Romagna, pur mostrando tassi di allattamento al seno in generale più elevati tra le immigrate che tra le italiane, rivelava anche che queste ultime allattavano esclusivamente di più a 3 e 5 mesi [11]. Questo stesso studio mostrava anche un'importante differenza nell'informazione sulla posizione nel sonno del bambino e una differenza nella posizione supina a favore dei bambini italiani. Pochissimi sono gli studi sull'efficacia di interventi per diminuire queste disuguaglianze tra immigrati e autoctoni. I pochi esistenti concentrano l'attenzione soprattutto sull'allattamento al seno [12-14]. Una revisione Cochrane, tuttavia, conclude che ulteriori studi sono necessari per valutare l'efficacia del sostegno professionale e da parte di pari in comunità a bassa incidenza di allattamento al seno [15]. Per quanto ne sappiamo, il nostro è il primo studio randomizzato sull'efficacia di visite domiciliari da parte di mediatri culturali formate sull'adesione a diversi interventi preventivi.

Metodi

La ricerca è stata condotta a Trieste e a Bologna in collaborazione con l'AUSL di Bologna Sud-San Lazzaro e il Centro per le Donne e i Bambini Immigrati dell'AUSL Bologna Città. In base ai gruppi linguistici maggiormente rappresentati e alla disponibilità di mediatri culturali, sono state arruolate, al terzo trimestre di gravidanza e prima della 32^a settimana, tra novembre 2003 e febbraio 2005, donne di quattro gruppi linguistici: cinese, serbo-croato, arabo e urdu. A Trieste l'arruolamento è stato fatto pres-

so il servizio di ecografia dell'IRCCS Burlo Garofolo e attraverso i contatti delle mediatri culturali nelle loro comunità; a Bologna presso il consultorio familiare di San Lazzaro e il Centro per le Donne e i Bambini Immigrati. La dimensione del campione, compresa una perdita prevista del 20%, è stata stimata in base all'efficacia potenziale dell'intervento di promozione dell'allattamento al seno; sarebbero necessari 134 soggetti per identificare, con una precisione del 5% e una potenza del 90%, una differenza tra il 30% e il 50% nei tassi di allattamento esclusivo a tre mesi.

Dopo il consenso informato, l'arruolamento e la compilazione del primo questionario per la raccolta dati, le donne sono state randomizzate in uno dei tre gruppi previsti dallo studio. Per i due gruppi d'intervento, la randomizzazione è stata effettuata mediante minimizzazione (questo metodo permette di lavorare solo con 2 braccia) [16]. L'assegnazione ai gruppi d'intervento o controllo, invece, è stata fatta mediante randomizzazione semplice. Le donne del gruppo di controllo hanno avuto solo le cure di routine offerte dai rispettivi servizi sanitari. Le donne del primo gruppo d'intervento, oltre all'assistenza di routine, hanno ricevuto dagli operatori sanitari un opuscolo con informazioni standardizzate su allattamento al seno, vaccinazioni, astensione dal fumo e posizione nel sonno, tradotto nelle rispettive lingue. Le donne del secondo gruppo d'intervento, oltre all'assistenza di routine e all'opuscolo, hanno avuto cinque visite domiciliari da parte di mediatri culturali formate: alla 32^a e 36^a settimana di gestazione, e a 1, 3 e 6 settimane dopo il parto. Nel corso delle visite domiciliari, le mediatri culturali formate trasmettevano le stesse informazioni contenute nell'opuscolo, ma potevano completarle con altre spiegazioni e fornire sostegno individualizzato sugli stessi interventi preventivi e/o su eventuali problemi di accesso e uso dei servizi sanitari.

Le mediatri culturali erano state formate durante un corso di cinque giorni sui temi da affrontare nel corso delle visite

domiciliari e su alcune abilità di comunicazione. Il materiale scritto (opuscolo, questionari) è stato tradotto nelle quattro lingue previste. La raccolta dei dati quantitativi è stata effettuata al momento dell'arruolamento, dopo il parto e prima della dimissione dall'ospedale, al momento delle vaccinazioni o su appuntamento a circa 3 e 6 mesi dal parto. I dati sono stati immessi in un programma di EpiInfo mediante EpiData. Le analisi, univariata (chi quadrato e Fisher's exact test) e multivariata, sono state realizzate con Stata 7.

Per approfondire le ragioni dell'adesione o meno agli interventi preventivi proposti, terminata la raccolta dei dati quantitativi, è stato selezionato un sottogruppo di 19 donne per uno studio qualitativo. Queste donne sono state scelte in base alla loro disponibilità, ma in modo tale da rappresentare i diversi gruppi linguistici (7 serbo-croate, 2 arabe, 7 cinesi, 3 pakistane) e la provenienza (12 di Trieste, 7 di Bologna). Sono stati usati dei "focus group" (2 con donne serbo-croate, 1 con pakistane, 1 con maghrebine) e delle interviste in profondità (7 donne cinesi, 3 serbo-croate, 1 pakistana). Il "focus group" è stato scelto per esplorare argomenti predefiniti, usando la possibilità di interazione all'interno del gruppo; le interviste individuali per approfondire alcuni temi attraverso le esperienze personali, per superare i limiti del "focus group" e dare spazio alla capacità d'espressione del singolo [17-23].

Risultati quantitativi

Di 163 donne eleggibili per lo studio, 142 hanno partecipato alla raccolta dei dati. Sono stati considerati validi per l'analisi 139 (98%) questionari all'arruolamento, 73 (51%) dopo il parto, 123 (87%) a 3 mesi e 99 (70%) a 6 mesi. I motivi di queste perdite di dati sono disparati: parto fuori sede, mancato coordinamento della raccolta dati nelle maternità, trasferimenti ad altra città e ritorno al Paese d'origine. Inoltre, i dati di alcuni questionari erano incompleti, per cui sono stati considerati validi solo i questionari completi per le risposte principali sui quattro interventi preventivi.

Infine, il budget per le mediatrici culturali, che a volte dovevano spostarsi con mezzi pubblici e privati per raggiungere le donne loro assegnate, era molto limitato e non ha permesso di effettuare tutte le visite previste. Per tutti questi motivi l'analisi dei dati si è concentrata sulle risposte ai due questionari più numerosi, quello all'arruolamento e quello a tre mesi.

In totale, a Bologna, sono state arruolate 48 donne maghrebine, 11 pakistane e 28 cinesi; a Trieste, 45 serbo-croate e 10 cinesi. La **tabella 1** mostra alcune caratteristiche di queste donne. Il 99% era sposato o conviveva. Il 62% viveva in nuclei familiari di 2 o 3 persone. Sono state riscontrate alcune differenze significative tra gruppi linguistici:

- le cinesi erano le meno istruite, le serbo-croate le più istruite;
- le serbo-croate parlavano di più l'italiano, meno le maghrebine, quasi nulla le cinesi e le pakistane;
- le cinesi erano le più irregolari, in termini di permesso di soggiorno, seguite da maghrebine e serbo-croate, tutte regolari le pakistane;
- le cinesi e le maghrebine erano meno registrate presso un medico di famiglia;
- le cinesi lavoravano di più, meno le serbo-croate, nessuna delle pakistane; le cinesi, inoltre, tornavano al lavoro prima delle altre, dopo il parto;
- le pakistane e maghrebine avevano avuto più gravidanze;
- le pakistane avevano avuto più parti in casa, seguite da maghrebine e cinesi.

Su 75 donne con altri figli, il 93% aveva allattato al seno il figlio precedente, il 46% per sei mesi o più, il 10% per due mesi, il 31% meno di un mese. Il 93% delle donne ha fatto da 1 a 11 visite prenatali (58% al consultorio, 58% all'ospedale, 15% in ambulatorio privato). Le maghrebine e le cinesi di Bologna sono andate di più al consultorio, mentre le serbo-croate di Trieste hanno usato di più l'ospedale e l'ambulatorio privato ($p < 0.05$). Circa la metà delle donne è stata accompagnata da una mediatrice culturale, sempre o qualche volta, durante le visite prenatali; a Bologna quasi il 100%, a Trieste

TABELLA 1: ALCUNE CARATTERISTICHE SOCIALI E DEMOGRAFICHE DELLE DONNE IMMIGRATE

Variabile	Valore	Variabile	Valore
<i>Età (anni)</i>		<i>Arrivo in Italia (anno)</i>	
– minima	18	– minimo	1986
– massima	45	– massimo	2004
– media	28	– media	2000
<i>Istruzione (anni di scuola)</i>		<i>Parla italiano</i>	
– minimo	0	– sì	47%
– massimo	19	– no	53%
– media	9		
<i>Nucleo familiare (componenti)</i>		<i>Permesso di soggiorno</i>	
– minimo	1	– irregolare	10%
– massimo	10	– in via di regolarizzazione	24%
– media	3	– regolare	66%
<i>Con medico di famiglia</i>		<i>Lavora</i>	
– sì	86%	– sì	41%
– no	14%	– no	59%
<i>Parità</i>		<i>Almeno un aborto</i>	
– primipare	30%	– spontaneo	34%
– secondipare	30%	– provocato	23%
– da 3 a 9 gravidanze	40%		
<i>Parti precedenti</i>		<i>Figli deceduti</i>	
– in casa (1-4)	6%	– nati morti (1-2)	7%
– con taglio cesareo (1-3)	8%	– morti in seguito	3%

TABELLA 2: PERCENTUALI DI ADESIONE AI QUATTRO INTERVENTI PREVENTIVI PROPOSTI PER GRUPPO LINGUISTICO

	Arabo N (%)	Serbo-croato N (%)	Cinese N (%)	Urdu N (%)	Totale N (%)
Decisione di vaccinare (in gravidanza)	40 (98)	44 (98)	34 (92)	9 (7)	127 (95)
Vaccinazione a 3 m (1 ^a dose)	31 (91)	40 (95)	25 (74)	10 (100)	106 (88)*
Vaccinazione a 6 m (2 ^a dose)	25 (78)	38 (100)	15 (83)	5 (62)	83 (86)*
Posizione nel sonno a 3 m:					
supina	16 (50)	24 (57)	15 (46)	5 (50)	60 (51)
sul fianco	13 (41)	13 (31)	6 (18)	3 (30)	35 (30)
prona	3 (9)	5 (12)	12 (36)	2 (20)	22 (19)
Fumatrice in gravidanza	4 (9)	13 (29)	3 (8)	0 (0)	20 (14)*
Convivente fumatore in gravid.	20 (47)	24 (53)	19 (54)	6 (60)	69 (52)
Fumatrice a 3 m	1 (3)	14 (33)	0 (0)	0 (0)	15 (12)*
Convivente fumatore a 3 m (in presenza del bambino)	8 (25)	5 (12)	22 (69)	2 (22)	37 (32)*
Decisione di allattare (in gravidanza):					
esclusivo	35 (83)	41 (91)	15 (43)	6 (60)	97 (73)*
misto	6 (14)	1 (2)	4 (11)	0 (0)	11 (8)*
Allattamento a 3 m (qualsiasi)	33 (92)	26 (62)	8 (24)	9 (90)	76 (62)*
Allattamento a 6 m (qualsiasi)	25 (76)	23 (61)	5 (21)	7 (88)	60 (58)*
Uso di biberon a 3 m	16 (50)	25 (60)	6 (18)	4 (44)	51 (44)*
Uso del ciuccio a 3 m	20 (57)	23 (55)	16 (47)	6 (60)	65 (54)

* differenze statisticamente significative (da $p < 0,05$ a $p < 0,0001$) all'analisi univariata e/o multivariata

il 3% ($p < 0,0001$). Durante le visite prenatali hanno parlato di:

- vaccinazioni nel 42% delle visite (9% a Trieste, 70% a Bologna; $p < 0,0001$);
- allattamento al seno nel 38% delle visite (22% a Trieste, 55% a Bologna; $p = 0,001$);
- fumo nel 35% delle visite, senza differenze tra Trieste e Bologna;
- posizione nel sonno nel 16% delle visite (9% a Trieste, 28% a Bologna; $p = 0,02$).

La **tabella 2** mostra la percentuale di adesione agli interventi preventivi proposti per gruppo linguistico. Quasi tutte le donne, durante la gravidanza, avevano deciso di vaccinare il figlio, il 3% di non vaccinarlo, il 2% era indeciso. A tre mesi, il 9% dei bambini non era ancora vaccinato e il 3% aveva fatto un vaccino diverso dall'esavalente, in quanto la madre era portatrice di HBV. A sei mesi, due bambini cinesi non avevano ancora avuto nessun vaccino, 11 avevano ricevuto solo la prima dose e i restanti anche la seconda dose. Tutti avevano fatto il vaccino esavalente. A tre mesi, circa un quinto dei bambini dormiva sulla pancia. In gravidanza fumavano soprattutto le donne serbo-croate, più di metà meno di 10 sigarette al giorno. Tra i conviventi, la maggioranza fumava più di 10 sigarette al giorno. A tre mesi, le donne serbo-croate continuavano a fumare, quasi tutte meno di 10 sigarette al giorno; solo una dichiarava di fumare in presenza del bambino. Erano il 32% le donne che dichiaravano di avere conviventi o altre persone in casa che fumavano davanti al bambino. Durante la gravidanza, l'81% delle donne aveva deciso di allattare al seno, in maniera esclusiva o mista; il 4% di non allattare; il 15% era indeciso. A tre mesi, il 62% dei bambini era allattato al seno, a sei mesi il 58%. La **tabella 3** mostra la prevalenza a tre mesi per tipo di allattamento e per gruppo linguistico. Sempre a tre mesi, il 12% dei bambini prendeva latte di latteria, più i maghrebini e i serbo-croati ($p < 0,0001$), l'8% prendeva altri alimenti complementari.

In nessuno dei risultati riportati qui sopra sono state riscontrate differenze tra i tre

TABELLA 3: PREVALENZA DEL TIPO DI ALLATTAMENTO A 3 MESI PER GRUPPO LINGUISTICO (TUTTE LE DIFFERENZE TRA GRUPPI LINGUISTICI SONO STATISTICAMENTE SIGNIFICATIVE, $P < 0,0001$)

	Arabo N (%)	Serbo-croato N (%)	Cinese N (%)	Urdu N (%)	Totale N (%)
Esclusivo	8 (23)	13 (31)	3 (9)	5 (50)	29 (24)
Predominante	3 (9)	11 (26)	1 (3)	0 (0)	15 (12)
Pieno	11 (32)	24 (57)	4 (12)	5 (50)	43 (36)
Complementare	20 (59)	2 (5)	4 (12)	4 (40)	30 (25)
Artificiale	3 (9)	16 (38)	26 (76)	31 (10)	47 (39)

gruppi dello studio. Ciò significa che nessuno dei due interventi, la distribuzione di un opuscolo e le visite domiciliari da parte di una mediatrice culturale formata, sembrano aver avuto un'efficacia superiore a quella dei servizi sanitari di routine. L'unica differenza tra i tre gruppi è stata rilevata nella posizione nel sonno a tre mesi. Dormiva supino il 64% dei bambini del 1° gruppo di intervento (opuscolo), il 51% di quelli del 2° gruppo (visite domiciliari) e il 31% dei bambini del gruppo di controllo, differenze che risultavano al limite della significatività all'analisi univariata.

L'analisi multivariata, che ha preso in considerazione anche l'appartenenza a diversi gruppi linguistici, ha confermato questa significatività statistica ($p = 0,01$). L'analisi multivariata è stata effettuata anche per tutte le altre variabili di esito, senza rilevare differenze significative se non per città di residenza e per gruppo linguistico. A causa dell'omogeneità di comportamento all'interno di queste due variabili, cioè della tendenza delle donne di una stessa città o dello stesso gruppo linguistico a comportarsi più o meno allo stesso modo, non è stato possibile mettere in evidenza l'importanza relativa di una di queste due variabili in termini di associazione con le variabili di esito. Per ragioni di spazio e di interesse per il lettore, abbiamo preferito mostrare soprattutto le differenze associate al gruppo linguistico; a volte tuttavia, come nel caso della differenza nel parlare di vaccinazioni durante le visite prenatali, ci è sembrato più logico evidenziare invece le differenze tra città di residenza.

Risultati qualitativi

Date le differenze riscontrate tra gruppi linguistici nell'analisi dei dati quantitativi, useremo questo criterio per presentare i risultati dell'analisi dei dati qualitativi. L'unico elemento che sembra essere in comune tra i quattro gruppi, in modo molto evidente, è rappresentato dalle vaccinazioni. Questo sembra essere il frutto di campagne d'informazione e sensibilizzazione molto simili tra loro pur nei diversi Paesi di origine. Di conseguenza, tutte le donne intervistate accettano e riconoscono le vaccinazioni come utili e le considerano obbligatorie, anche quando in Italia sono facoltative. Le donne del gruppo serbo-croato si lamentano di non essere adeguatamente seguite e di non ricevere consigli, anche quelle assegnate a una mediatrice culturale formata. Nei "focus group" e nelle interviste si delinea un senso di disorientamento rispetto alle informazioni ricevute, troppe e contraddittorie: da una parte i medici italiani, gli opuscoli e le mediatrici culturali formate, dall'altra i medici serbi, le mamme e le suocere. Dalle interviste emergono due dati particolarmente interessanti: il rapporto con le istituzioni e la figura della suocera. Per quanto riguarda il rapporto con le istituzioni, nella fattispecie con l'ospedale, le donne si lamentano in generale di ricevere poco sostegno e informazioni. Affermano di passare pochi giorni in ospedale dopo il parto e non attribuiscono la stessa autorità ad altre figure (mediatrici culturali formate) o ad altri luoghi (consultori familiari). La maggior parte di queste donne proviene da zone rurali della Serbia, dove i consultori non esisto-

no e l'ospedale mantiene tuttora una funzione centrale. Per quanto concerne l'influenza esercitata dalla suocera sulle scelte relative alla cura del bambino, molte giovani coppie vivono assieme ai genitori del marito, formando un nucleo familiare allargato. Di conseguenza, vi sono spesso una presenza continua e un'influenza molto forte della suocera nella sfera decisionale, che determinano e indirizzano i comportamenti di cura da adottare nei confronti del bambino.

Tra le donne della comunità cinese emerge una differenza tra Trieste e Bologna. Il primo gruppo appartiene a una comunità molto chiusa dove le donne non fissano nemmeno un appuntamento dal ginecologo da sole: tutto passa per la mediatrice culturale. Diversa è la situazione a Bologna, dove le donne si rivolgono da sole all'ambulatorio per le donne straniere e al consultorio familiare. La tradizione culturale cinese, tuttavia, è molto forte, e anche le donne più integrate sono molto legate ad alcuni aspetti della loro cultura, in particolare alla medicina cinese. Dalle interviste emerge che le donne cinesi considerano il latte materno un elemento nutritivo equilibrato secondo il principio yin-yang, quindi migliore del latte artificiale. Ma i risultati quantitativi mostrano il contrario, ossia che le donne cinesi allattano poco e smettono presto. La causa sembra essere un fattore puramente socio-economico: la maggior parte di queste donne lavora in attività commerciali assieme al marito e non può assentarsi dal lavoro per troppo tempo, dovendo riprendere subito dopo il parto (dopo due mesi circa). Per il fatto che non riescono ad accudire il bambino (lavorano in media 12 ore al giorno), molte coppie preferiscono mandarlo in Cina dai nonni, in genere paterni, per poi riprenderlo con sé in Italia all'età di circa due anni. Per quanto riguarda la posizione del bambino nel sonno, tutte le donne intervistate sostengono di mettere il bambino sulla schiena. Interessante il motivo che allegano: la scelta si riferisce a un canone puramente estetico e non a un precetto medico, in quanto considerano più bella una testa leggermente piatta nella parte posteriore.

Il gruppo delle donne pakistane rappresenta una comunità molto religiosa, abbastanza chiusa e legata alle proprie tradizioni. Queste donne non lavorano e non parlano l'italiano; fanno riferimento alla mediatrice linguistico-culturale pakistana, che riveste un ruolo e un'autorità decisamente rilevanti all'interno del gruppo. Le scelte relative all'adozione di un comportamento di cura o prevenzione rispetto a un altro sono determinate da diversi fattori; i principali sono la religione e la tradizione. Per esempio, per quanto riguarda l'allattamento al seno, queste donne allattano fino a due anni perché è un precetto di Maometto ed è indicato nel Corano. I bambini sono messi a dormire sulla schiena perché le loro mamme e le loro nonne (tradizione) dicono che fa bene per formare la testa, ossia una bella testa leggermente piatta dietro e simmetrica ai lati.

È difficile delineare un tracciato preciso per il gruppo delle donne maghrebine perché i dati a disposizione sono pochi. Si può dire che questo gruppo non si presenta come una comunità, in quanto al loro interno ci sono donne di diverse nazionalità, anche se la maggioranza è marocchina, con differenti usi e costumi. L'elemento che fa da collante è certamente la religione ed esiste sicuramente una rete informale molto forte che lega queste donne alla famiglia d'origine o a quella del marito. Per l'allattamento al seno, anche queste donne fanno riferimento al Corano e in genere allattano molto a lungo.

Discussione

Abbiamo riscontrato differenze significative nell'adesione a interventi preventivi per l'infanzia tra i gruppi linguistici e le due città coinvolte nel nostro studio. Non abbiamo però riscontrato differenze tra i gruppi di intervento e di controllo, tranne nel caso della posizione nel sonno. Purtroppo non è possibile confrontare i nostri risultati con quelli prodotti da altri studi sull'efficacia di mediatri culturali formate. Un'attenta ricerca bibliografica non ha prodotto alcun risultato, con l'eccezione di uno studio condotto in Germania. Questo riporta i risultati posi-

tivi di una campagna di vaccinazioni indirizzata ai figli degli immigrati che, dopo tanti insuccessi, è riuscita a migliorare i tassi di vaccinazione con l'uso di "persone chiave", appartenenti alla stessa comunità di immigrati e appositamente formate [24].

Sebbene l'uso di mediatri culturali formate non si sia dimostrato efficace nel nostro studio, non possiamo affermare che debba essere considerato definitivamente inefficace. Il nostro studio ha, infatti, dei limiti. Potrebbe esserci un errore di tipo II, cioè una dimensione del campione insufficiente a identificare vere differenze tra i gruppi, ammesso che esistano. Vi è poi la perdita di dati, che non ci ha permesso di usare quelli raccolti dopo il parto e ha limitato la nostra analisi su quelli del sesto mese. Avevamo purtroppo sottostimato le difficoltà di organizzare uno studio randomizzato con una popolazione che per sua natura (lingua, mobilità, status legale) pone dei problemi. I risultati, inoltre, non sono generalizzabili, sia per la diversa composizione linguistica della popolazione immigrata nelle diverse aree geografiche italiane, sia per la diversa organizzazione dell'assistenza sanitaria. Non possiamo poi escludere di aver commesso degli errori nella selezione, nella formazione e nell'assegnazione dei compiti alle mediatri culturali. A questo proposito, si potrebbe aprire una riflessione sul loro ruolo e la loro figura. Nel discutere, infatti, sulle possibili ragioni della loro inefficacia ci siamo posti alcune domande.

Le mediatri culturali formate non sono state prese in considerazione dalle donne perché non sono né operatrici sanitarie né "peer counselors"? Quale ruolo era loro riconosciuto? Quale competenza? Le donne oggetto di studio, per qualche motivo, non si fidavano di parlare dei problemi riguardanti la salute dei loro figli con le mediatri culturali?

Le mediatri culturali selezionate per questo studio non sono state in grado di comunicare con le donne, pur condividendone la lingua? Riuscivano a dare ascolto alle pratiche tradizionali, a non giudicare e a offrire dei percorsi alternativi senza imposizioni? Essendo in Italia

da qualche tempo, si sono già acculturate, perdendo la capacità di comunicare da pari con le loro connazionali? Quindi, c'era un problema di potere tra di loro che rendeva difficile il passo dell'informazione? O è cambiata la cultura nel Paese di origine, per cui le donne recentemente immigrate hanno una cultura diversa da quella delle mediatrici culturali uscite dal Paese da più tempo?

La formazione delle mediatrici culturali, il loro numero in relazione alle donne assistite e lo schema delle visite domiciliari da noi adottato sono sufficienti e adeguati, in termini sia quantitativi sia qualitativi, rispetto ai compiti attesi?

I servizi sanitari funzionano già in maniera soddisfacente, per lo meno nelle due città del nostro studio? Per questa ragione ci si può aspettare che le mediatrici culturali formate non abbiano aggiunto alcun plusvalore?

Tradizioni e situazioni familiari hanno un peso maggiore rispetto a quanto raccomandato e consigliato da mediatrici culturali formate? È possibile per le mediatrici culturali, e in che modo, penetrare efficacemente all'interno di questa forte rete informale?

Queste riflessioni ci spingono a ipotizzare cosa avremmo potuto ottenere se al posto di mediatrici culturali formate (con esperienze sul campo disparate, età diverse, esperienze di maternità o meno) avessimo formato delle mamme come "peer counselors", in modo da attivare un aiuto mamma-a-mamma, più paritario. Allo stesso modo, possiamo ipotizzare che, se le mediatrici culturali formate avessero avuto un ruolo più decisivo in ospedale nei primissimi giorni dopo il parto, forse i loro consigli e il loro sostegno sarebbero stati più utili ed efficaci. Sono tutte domande alle quali, purtroppo, non possiamo rispondere.

Infine, pur non essendo tra gli obiettivi del nostro studio, è interessante analizzare le differenze tra i dati da noi rilevati e quelli della popolazione generale del Friuli-Venezia Giulia (93% italiana), rilevati nel 2002 dal "Progetto 6+1" [25]. Il tasso di allattamento al seno esclusivo a circa tre mesi era del 60%, rispetto al 24% del nostro studio. La posizione

supina alla stessa età era del 62%, rispetto al 51% del nostro studio. Il 9% delle donne in Friuli-Venezia Giulia fumava in gravidanza e il 10% quando il bambino aveva 3 mesi; nel nostro studio le percentuali sono del 14% e 12%, rispettivamente. I conviventi, che fumavano in casa, erano il 7%, il 32% nel nostro studio. Non vi sono invece grosse differenze per quanto riguarda le vaccinazioni. Questa comparazione sembra confermare l'importanza di interventi efficaci nel diminuire queste disuguaglianze. Ci sembra inutile sottolineare la necessità di ulteriori ricerche per individuare tali interventi. ♦

Vedi anche gli articoli a pag. 56 e 61.

Ringraziamenti

Vorremmo ringraziare le numerosissime persone che hanno collaborato alla realizzazione dello studio a Trieste e Bologna; in particolare, Maria Giovanna Caccialupi, Paola Lenzi e Simona di Mario per il coordinamento delle attività a Bologna, e le mediatrici culturali Nadia El Mouahhid, Misbah Farouq, Siok Hoe Koh, Fatma Majmou, Houda Serghini, Simona Sgarzi, Iris Tekovic, Tatjana Tomi.

Bibliografia

- (1) Gates-Williams J, Jackson NM, Jenkins-Monroe V, et al. The business of preventing African-American infant mortality, in cross-cultural medicine-a decade later. *West J Med* 1992; 157:350-6.
- (2) Shulpen TWJ, van Steenberg JE, van Driel HF. Influences of ethnicity on perinatal death and child mortality between different ethnic groups in the Netherlands. *Arch Dis Child* 2001;84:222-6.
- (3) Dejin-Karlsson E, Ostergren PO. Country of origin, social support and the risk of small for gestational age birth. *Scand J Public Health* 2004; 32:442-9.
- (4) Bornstein MH, Cote LR. Who is sitting across from me? Immigrant mothers' knowledge of parenting and children's development. *Pediatrics* 2004;114:e557-64.
- (5) Hubbel AF, Waitzkin H, Mishra SI, et al. Access to medical care for documented and undocumented Latinos in a southern California county. *West J Med* 1991;154:414-7.
- (6) Evans N, Walpole IR, Qureshi MU, et al. Lack of breastfeeding and early weaning in infants of Asian immigrants to Wolverhampton. *Arch Dis Child* 1976;51:608-12.
- (7) Dennis CLRN. Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *JOGNN* 2002;31:12-32.
- (8) Galea S, Sisco S, Vlahov D. Reducing disparities in vaccination rates between different racial/ethnic and socio-economic groups: the potential of community-based multilevel interventions. *J Amb Care Management* 2005;28:49-59.

(9) Sexton K, Adgate JL, Church TR, et al. Children's exposure to environmental tobacco smoke: using diverse exposure metrics to document ethnic/racial differences. *Environ Health Perspect* 2004;112:392-7.

(10) Schlaud M, Eberhard C, Trumann B, et al. Prevalence and determinants of prone sleeping position in infants: results from two cross-sectional studies on risk factors for SIDS in Germany. *Am J Epidemiol* 1999;150:51-7.

(11) Cuoghi C, Ronfani L. Monitoraggio della prevalenza dell'allattamento al seno nella regione Emilia Romagna, 1999-2002 (dati non ancora pubblicati).

(12) Anderson AK, Damio G, Young S, et al. A randomised trial assessing the efficacy of peer counselling on exclusive breastfeeding in a predominantly latina low-income community. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159:836-41.

(13) Chapman DJ, Damio G, Young S, et al. Effectiveness of breastfeeding peer counselling in a low-income, predominantly latina population: a randomised controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158:897-902.

(14) McInnes RJ, Love JG, Stone DH. Evaluation of a community-based intervention to increase breastfeeding prevalence. *J Public Health Med* 2000;22:138-45.

(15) Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, Oxford: Update Software, 2006.

(16) Kenjo Y, Antoku Y, Akazawa K, et al. An easily customized, random allocation system using the minimization method for multi-institutional clinical trials. *Comput Methods Programs Biomed* 2000;62:45-9.

(17) Scrimshaw S, Hurtado H. *Rapid Assessment Procedures for nutrition and primary health care*. Washington DC: Library of Congress, 1987.

(18) Cardano M. *Tecniche di ricerca qualitativa: percorsi di ricerca nelle scienze sociali*. Roma: Carocci, 2003.

(19) Bichi R. *L'intervista biografica: una proposta metodologica*. Milano: Vita e Pensiero, 2002.

(20) Dawson S, Manderson L, Tallo VL. *A manual for the use of focus groups*. Boston: International Nutrition Foundation for Developing Countries, 1993.

(21) Zammuner VL. *Il focus group*. Bologna: Il Mulino, 2003.

(22) Bloor M, Frankland J, Thomas M, Robson K. *I focus group nella ricerca sociale*. Gardolo (TN): Erickson, 2002.

(23) Fabietti U. *Antropologia culturale: l'esperienza e l'interpretazione*. Roma: Laterza, 1999.

(24) Pallasch G, Salman R, Hartwig C. [Improvement of protection given by vaccination for socially underprivileged groups on the basis of "key persons approach": results of an intervention based on cultural and language aspects for children of immigrants in Atlander Viertel provided by the health department of State.] *Gesundheitswesen* 2005; 67:33-8.

(25) Ronfani L, Tamburini G. Progetto 6+1: valutazione dell'efficacia dell'informazione per la promozione della salute perinatale e infantile. www.epicentro.iss.it/problemi/materno/sei+1.htm