

Doule culturali in sala parto: il paradosso svedese

Prof.ssa Alessandra Graziottin

Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica

H. San Raffaele Resnati, Milano

Commento a:

Essén B, Wickramasinghe A, Eriksson L.

Overreliance on cultural doulas: the paradox of entrusting the communication and care of high-risk migrant women to cultural doulas

BMC Pregnancy Childbirth. 2025 May 14;25(1):574. doi: 10.1186/s12884-025-07700-2. PMID: 40369466; PMCID: PMC12076999

Il termine «doula» deriva dal greco antico (δούλᾱ; = serva, schiava): indicava originariamente una figura femminile di fiducia che assisteva la partoriente durante e dopo il travaglio. Nel contesto moderno, la doula è definita come una figura di supporto non medica che offre alla paziente assistenza emotiva, fisica e pratica. A differenza delle ostetriche o dei medici, la doula non possiede competenze cliniche, non esegue diagnosi e non interviene in procedure mediche, fungendo piuttosto da facilitatrice dell'esperienza del parto: il suo ruolo è infatti quello di **camminare accanto**, proteggendo la partoriente da condizionamenti emotivi negativi e facilitando la comunicazione con il team sanitario.

Il **movimento moderno delle doule** ha preso slancio negli Stati Uniti negli anni Settanta del secolo scorso per contrastare l'eccessiva medicalizzazione del parto, partendo dal presupposto che un supporto continuo ed empatico durante il parto possa migliorare l'esperienza della donna e ridurre le manovre ostetriche non necessarie.

Oggi questa figura è presente in Nord America e in alcuni Paesi europei, come Regno Unito e Olanda. In **Svezia** il modello è stato introdotto ufficialmente nel 2008 con fondi governativi perché, nonostante il sistema sanitario vantasse tassi di mortalità materna fra i più bassi al mondo, le donne migranti provenienti da contesti svantaggiati affrontavano rischi significativamente più elevati di morbidità e mortalità perinatale e materna.

Per colmare questo divario, sono state introdotte le **doule culturali**, che condividono il background migratorio, la lingua e la cultura delle partorienti, con l'assunzione che questa forma di mediazione possa migliorare gli esiti clinici. Le donne assistite provengono tipicamente dal Corno d'Africa (Somalia, Etiopia, Eritrea) e dal Medio Oriente.

Lo studio di Uppsala

La ricerca condotta da Birgitta Essén, Ayanthi Wickramasinghe e Lise Eriksson, del Dipartimento di Salute materno-infantile dell'Università di Uppsala (Svezia), si pone l'obiettivo di raccogliere e valutare le riflessioni di medici e ostetriche sul ruolo delle doule e sull'impatto della loro attività sugli esiti del parto.

La ricerca, condotta nel 2022, ha utilizzato un approccio qualitativo basato su interviste semi-strutturate a **3 medici** e **15 ostetriche** (HCPs: professionisti della salute) in due contee svedesi. L'analisi è stata guidata dal quadro teorico WPR («What is the problem represented to be?»),

ossia: «Quale problema viene rappresentato?») della politologa canadese-australiana Carol Bacchi, che esamina come i problemi di salute pubblica vengono definiti e quali presupposti sottendono alle soluzioni proposte.

Le tre narrazioni emergenti e il “paradosso svedese”

L’analisi ha identificato tre narrazioni principali utilizzate dagli operatori per inquadrare il ruolo delle doule:

Sottostima del rischio clinico. Gli operatori sanitari tendono a dare priorità ai fattori sociali (scarsa integrazione, barriere linguistiche, vulnerabilità economica) rispetto ai rischi ostetrici oggettivi. Questo non accade perché gli HCP ignorino i rischi clinici in assoluto, ma perché non ne identificano correttamente le cause: essi tendono a pensare che siano una diretta ed esclusiva conseguenza delle barriere comunicative e culturali. Di conseguenza, vedono nella doula uno strumento primario non solo per colmare il gap comunicativo, ma anche per la sicurezza oggettiva della paziente, sottovalutando la necessità di interventi medici specifici e nonostante il fatto che le migranti presentino una maggiore incidenza di diabete gestazionale, preeclampsia e complicanze gravi. Inoltre, in situazioni di sovraccarico lavorativo, le ostetriche tendono a delegare alle doule compiti di monitoraggio o supporto che spetterebbero a professioniste qualificate, abbassando di fatto la qualità delle cure.

Sovrastima del vantaggio clinico. Esiste una forte convinzione che la doula agisca come un “ponte” verso la società svedese, potenziando la fiducia delle pazienti nel sistema sanitario e migliorandone così la sicurezza. Tuttavia, gli HCP spesso non sembrano rendersi conto come l’effettivo vantaggio clinico sia al di sotto delle aspettative: le evidenze scientifiche mostrano che le doule culturali hanno un impatto pressoché nullo sugli esiti neonatali gravi e possono persino aumentare i tassi di induzione del travaglio.

La doula come interprete informale. Questo è il punto più critico emerso dallo studio. Nonostante la normativa svedese garantisca il diritto a interpreti certificati e autorizzati, le doule vengono spesso utilizzate come sostituti informali degli interpreti professionali. Questo accade perché esse sono presenti in sala parto per molte ore, mentre gli interpreti sono spesso disponibili solo telefonicamente. Questo affidamento linguistico crea rischi elevati: si delega la comunicazione di informazioni mediche complesse a persone con una formazione di appena 48-64 ore, che rischiano di filtrare i messaggi in modo non accurato. Le doule, oltretutto, tendono spesso a non tradurre con precisione, ma filtrano le informazioni secondo la propria sensibilità, il che può portare a gravi fraintendimenti clinici.

Conclusioni: verso un modello integrato, efficace ed equo

L’integrazione delle doule culturali nel sistema sanitario solleva interrogativi fondamentali sulla gestione del rischio e sulla responsabilità clinica. L’evidenza chiarisce che la sensibilità culturale non può essere un sostituto della competenza medica e dell’interpretariato professionale.

Per migliorare la situazione, è necessaria una riforma sistemica che includa:

la **ridefinizione dei ruoli** di tutti gli operatori coinvolti in sala parto: è essenziale porre confini netti fra il supporto emotivo della doula, il compito tecnico dell’interprete autorizzato e la responsabilità clinica del medico e dell’ostetrica;

un investimento serio in **servizi di**

interpretariato professionale disponibili in sala parto nell'arco completo delle 24 ore e in qualsiasi giorno dell'anno;

modelli di cura integrati basati sull'evidenza scientifica, che impediscano di esternalizzare la gestione delle pazienti a figure non formate.

La salute ostetrica delle migranti non deve dipendere da soluzioni improvvisate o parziali, per quanto dettate da buona volontà o presupposti ideologici. Un sistema davvero efficace deve unire l'eccellenza clinica a una mediazione culturale professionale per garantire che ogni madre, indipendentemente dalla sua origine, riceva lo stesso standard di cure nella sicurezza e nel rispetto.