

**Tesi di laurea - Assistenza sanitaria – SIENA- studentessa  
MARCHET Paola**

**“donne e minori migranti : percorsi assistenziali tra  
pediatria di comunità, ospedali, consultori familiari e  
scuole”**

**INDICE**

|   |    |
|---|----|
| 1. INTRODUZIONE.....  | 2  |
| 1.1. Il contesto generale del fenomeno migratorio.....                      | 2  |
| 2. PROBLEMA E SUA ANALISI .....   | 4  |
| 2.1 Descrizione del problema: lo scenario .....                             | 4  |
| 2.2 Analisi del problema .....  | 6  |
| 2.3 Analisi del problema a livello regionale e di Azienda ULSS n.8 .....    | 13 |
| 3. CAUSE  | 14 |
| 4. OBIETTIVI: FORMULAZIONE IPOTESI .....                                    | 17 |
| 5. ANALISI ORGANIZZATIVA.....   | 17 |
| 6. DESCRIZIONE DELLA METODOLOGIA.....                                       | 20 |
| 7. MATERIALI E METODI.....  | 22 |
| 8. DESTINATARI .....  | 27 |
| 9. RISULTATI  | 27 |
| 10. CONCLUSIONI.....  | 36 |
| 11. LA FIGURA DELL’ASSISTENTE SANITARIA: UNA SFIDA E<br>UN’OPPORTUNITÀ..... | 39 |
| 12. BIBLIOGRAFIA .....  | 43 |
| 13. ALLEGATI  | 46 |

## 1. INTRODUZIONE

### 1.1. Il contesto generale del fenomeno migratorio

Il mutamento sociodemografico e culturale in atto sollecita i servizi sociosanitari a mettersi in relazione con una cittadinanza più articolata, più variegata, più ricca.

La migrazione da paesi non appartenenti all'Unione Europea è certamente uno dei fenomeni che maggiormente stanno condizionando la nostra epoca: in poco più di vent'anni l'Italia è diventata e si sta consolidando come meta (definitiva o meno) per un flusso di cittadini stranieri in costante aumento.

Ormai non è più strano trovare visi, colori, costumi, linguaggi, lingue diverse nei nostri servizi, persone cioè che non appartengono alla cosiddetta "cultura occidentale", e ancora troppo spesso si sente coniare la parola extracomunitari che porta con sé il concetto di *alieno* anziché di *altro*. A sua volta alieno implica accezioni negative quali: pericolo, invasione.

Mentre altro- alterità implica la possibilità di uno scambio, di un confronto. E il concetto di extracomunitario spesso rimane anche a chi ormai vive da molti anni in Italia.

I migranti sono sempre stati portatori di cultura propria, come regalo di viaggio, ai popoli che li ospitano. Ma in quanto diversi, possono rappresentare una minaccia, suscitare ostilità e quindi portano la comunità a difendersi con la chiusura, manifestando aggressività.

Bernardi<sup>1</sup> parlando della tensione tra identità e alterità la definisce: "un paradosso non facilmente risolvibile con la condanna dell'etnocentrismo. Anzi è proprio il riconoscimento di questo come un bisogno normale, necessario, che apre la possibilità di distinguere un atteggiamento etnocentrico sano da un etnocentrismo patologico che vede nell'altro una minaccia alla propria identità".

Si tratta quindi di lavorare per creare opportunità, per far incontrare e confrontare somiglianza e differenze così da creare nuove forme d'integrazione .

E' opportuno non enfatizzare o escludere la cultura dell'immigrato, ma cercare di recuperare l'individualità del singolo e le sue svariate appartenenze.

D'altra parte questo bisogno di considerare ciascuno come unico è comune a qualsiasi utente, difficilmente un paziente oncologico può accettare che il medico che si prende cura di lui, gli applichi un protocollo, chiederà la specificità dell'intervento per il suo caso.

---

<sup>1</sup> Bernardi B., "Identità etnica ed etnocentrismo" ed. Il Mulino- Bologna, 2000 pag.

## **2. PROBLEMA E SUA ANALISI**

### **2.1 Descrizione del problema: lo scenario**

#### **Epidemiologia**

Dopo la Germania, la Francia e la Gran Bretagna, l'Italia rappresenta il Paese europeo con il maggior numero di immigrati, la cui presenza è ubiquitaria, con prevalenza al Nord-Ovest (37%), e Nord-Est (29%), minore al Sud (8 %) e nelle Isole (3%), e la cui provenienza è composita.

Dati provenienti dal quattordicesimo censimento prodotto dall'ISTAT (riferiti al 21 ottobre 2001) indicano in 987.363 gli stranieri residenti (contro i 3356.159 del 1991) e in 252.185 gli stranieri presenti, ma non residenti. Quindi il 17,5 su mille: percentuale molto inferiore rispetto alla media europea.

Secondo il Dossier 2003 pubblicato dalla Caritas <sup>2</sup>, si stimano all'inizio del 2003 2.470.00 persone straniere regolari (circa il 4.2% della popolazione). Sono inclusi non solo gli occupati a vari titoli, ma tutti i soggiornanti regolari, i minori a carico, le persone che aspettano di essere regolarizzate.

Secondo i dati il 45.8% degli stranieri soggiornanti in Italia sono donne, il 60% delle quali ha un'età compresa tra i 30 e i 50 anni (una su tre opera come collaboratrice domestica).

Negli ultimi anni sono aumentate le persone provenienti dall'Est (di circa il 40%), quelli provenienti dall'Estremo Oriente (23 %), dall'Africa (19 %), dall'America Latina (16%).

---

<sup>2</sup> Caritas, "Immigrazione- Dossier Statistico 2003 " XIII Rapporto sull'Immigrazione

La più forte capacità di attrazione è dell'Italia Settentrionale (58% del totale degli immigrati). A livello regionale: il 23% in Lombardia, il 15 % nel Lazio, il 10% nel Veneto.

Come noto, la pressione migratoria è provocata dalla situazione economica e sociale, dalla presenza di conflitti bellici, da discriminazione razziale, etnica, religiosa. L'immigrato decide di mettere in pratica il suo progetto migratorio da persona generalmente in buone condizioni di salute ( "effetto migrante sano"), parte comunque sempre da una situazione di disagio e di sofferenza. I problemi connessi al viaggio, non sempre realizzato in condizioni agevoli; le difficoltà di alloggio, di inserimento, di ricerca lavoro, le condizioni lavorative possono contribuire a comprometterne lo stato di salute<sup>3</sup>.

L'effetto migrante sano, infatti la salute rappresenta la propria merce di scambio con la società di arrivo è perciò solo la situazione di partenza. Questo effetto migrante sano tende a ridursi via via che un determinato flusso migratorio si stabilizza nel Paese Ospite. Tuttavia "l'intervallo di benessere" (tempo che intercorre tra l'arrivo del migrante e il suo accesso alla struttura sanitaria), varia dagli ottanta giorni ai 12 mesi<sup>4</sup>.

Le patologie più comuni sono quelle del tratto gastroenterico e delle vie respiratorie, unitamente a disturbi psichici legati alle difficoltà di adattamento. In quest'ultimo versante i più colpiti sono i bambini e le donne.

---

<sup>3</sup> Rizzi R., Iossa Fasano A., "Ospitare e curare", Franco Angeli - 2002

<sup>4</sup> Geraci S., "Argomenti di medicina delle migrazioni", Associazione Peri Tecnes, Roma, 1995

Dopo un primo disequilibrio a favore degli uomini, la presenza della donna è cresciuta, a livello nazionale: la media di presenza femminile è oggi del 46%.

## **2.2 Analisi del problema**

Essere in una terra straniera non è facile, anche perché molto spesso prevale il senso di esclusione, estraneità, disagio, smarrimento e quindi molto presto il migrante si pone la domanda se continuare a seguire i propri usi e costumi o farsi coinvolgere dalla cultura ospite assimilandola.

La condizione di immigrata, pone alla donna non pochi problemi di ordine assistenziale: la maternità e il parto, per esempio, rappresentano nelle popolazioni africane un evento sociale al quale è chiamato a partecipare attivamente il suo gruppo di appartenenza.

Un dato rilevante concerne l'elevato tasso di abortività delle donne immigrate, il 29% (circa il triplo di quello delle italiane), e riguarda soprattutto le più giovani. La gravidanza rappresenta spesso un momento critico per le donne straniere, non essendo abituate a controlli preventivi durante i mesi di gestazione.

Infatti 4 donne su 10 iniziano a farsi visitare solo al terzo mese, 7 su 10 non sanno della possibilità di eseguire accertamenti diagnostici prenatali, i parti distorcici (con ventosa o forcipe) sono più frequenti tra le africane (4.2%) e le asiatiche (3.8%), il parto cesareo è più utilizzato sempre tra le sud africane (31.2%) e le latino-americane (30.3%)<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Pasini W, "In salute attorno al mondo", News and Views, Bologna, Suppl. 2, 2000

Mazzetti<sup>6</sup> riferendosi ai possibili fattori di rischio psicopatologico tra gli immigrati, sottolinea che - è lecito considerare il paese d'origine come una sorta di "fattore di rischio intrinseco" per la salute fisica e mentale degli immigrati, non tanto per le caratteristiche intrinseche delle differenti popolazioni, quanto per le diverse difficoltà e i diversi progetti migratori che differenti nazionalità sembrano comportare. In tal modo è possibile individuare alcuni gruppi più deboli di altri e prestare loro una maggior attenzione (distinzione tra migrazione libera e forzata).

In particolare le donne si trovano ad affrontare da sole la gravidanza, il parto, l'allattamento e lo svezzamento, mentre nella loro cultura, le donne potevano contare dei consigli e degli aiuti delle donne del contesto familiare.

*Non è certo automatico sostituire alla cerchia familiare e amicale gli operatori dei servizi!*

Tra l'altro numerose testimonianze dimostrano come, nonostante i sentimenti di estraneità e profonda distanza culturale, di fronte alla necessità di modificare i sistemi tradizionali e conosciuti di alimentazione e di svezzamento, le donne sembrano manifestare buone capacità di adattamento, pur sottolineando gli aspetti positivi delle proprie tradizioni e cercando, per quanto possibile, di mantenerle e di utilizzarle anche in Italia<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Mazzetti M., "Strappare le radici" Psicologia e psicopedagogia di donne e di uomini che migrano l'Harmattan Italia Editore, 1996

<sup>7</sup> Faretto A.R., " Interlocutrici Privilegiate. La salute straniera. Epidemiologie, culture, diritti", Edizioni scientifiche italiane, Napoli, 1994.

L'aumento della presenza femminile è attribuibile secondo Castiglioni<sup>8</sup> a due ordini di fenomeni:

- la richiesta crescente di servizi alla persona, dovuta alle trasformazioni sociali e demografiche in atto nel nostro paese, tra le quali l'evoluzione delle strutture familiari, l'aumento del tasso delle donne italiane che lavorano, l'invecchiamento della popolazione, ecc.. ha determinato una facile collocazione nel mercato del lavoro delle donne immigrate anche in periodo di chiusura di frontiere.
- L'aumento dei ricongiungimenti familiari favorito dalle legislazione a partire dal 1998. (Legge n. 40/98, chiamata anche Legge Turco/Napolitano).

L'analisi delle fasce d'età evidenzia che la maggior prevalenza di popolazione è nella fascia fra i 20 e i 35 anni, vale a dire, donne in età lavorativa e in età riproduttiva.

Marta Castiglioni sostiene che "...l'esperienza della maternità sembra dipendere oltre che dal desiderio di costituire una famiglia, dal tipo di progetto migratorio, e, quindi, le donne arrivate per raggiungimento familiare hanno una volontà riproduttiva maggiore rispetto a quelle con un percorso immigratorio elaborato in prima persona"<sup>9</sup>.

Ecco perché nei nostri servizi: consultori familiari, ostetricie-ginecologie, pediatrie, ritroviamo spesso donne e bambini immigrati.

---

<sup>8</sup> Castiglioni M. "Donne immigrate e uso dei servizi socio sanitari", in Rizzi R., Iossa Fasano A., "Ospitare e curare", Franco Angeli – 2002, pag. 108.

<sup>9</sup> Castiglioni M. "Donne immigrate e uso dei servizi socio sanitari", in Rizzi R., Iossa Fasano A., "Ospitare e curare", Franco Angeli – 2002, pag. 116.



Va segnalato che la maternità aiuta le donne ad uscire dall'isolamento, a muoversi in prima persona, a imparare ad accedere ai servizi presenti nel territorio, ad essere motivata ad una maggiore integrazione, in quanto si modificano anche gli obiettivi del proprio progetto migratorio, si cercano maggiori legami con il paese ospitante per facilitare al proprio figli nell'inserimento nel nuovo mondo<sup>10</sup>.

Anche i servizi, seppur in modi diversi, stanno confrontandosi con questa nuova realtà e cercano in parte al loro interno, in parte all'Azienda nuove modalità, strumenti diversi per facilitare un percorso di accoglienza, di apertura, di interculturalità.

Lo stesso OMS nell'ambito degli progetti di HPH (Health Promoting Hospital), include gli Ospedali e i Servizi Interculturali, spingendo l'organizzazione a riorganizzare i servizi ma allacciando anche rapporti sempre più stretti con gli stakeholder, con le altre strutture del territorio.

Paolo Cadrobbi (Coordinatore Progetto Sanitario Immigrati della Regione Veneto) nella sua relazione al "Migrant Friendly Hospitals" il progetto Ospedale e Servizi Socio Sanitari Interculturali della rete Veneta HPH tenutosi a Castelfranco veneto il 30 gennaio 2004, "Il fenomeno immigratorio in Regione Veneto: aspetti epidemiologici e principali conseguenze sull'organizzazione sanitaria", analizzando le cause di ricovero (aggregati clinici di diagnosi), ha evidenziato come le affezioni Ginecologico/ostetriche siano chiaramente più frequenti nella popolazione immigrata rispetto a quella nazionale. In particolare si è visto che c'è un'alta

---

<sup>10</sup> Castiglioni M., "Percorso di cura delle donne immigrate", Franco Angeli, Milano, 2001.

percentuale di ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (IVG), così come alto è il rapporto, rispetto al resto della popolazione, delle complicanze della gravidanza, delle minacce o travaglio di parto precoce, aborto spontaneo. In particolare i dati sull'abortività volontaria potrebbero essere collegati, oltre che ad una scarsa conoscenza dei metodi contraccettivi, ad una complessiva precarietà di vita relativa alla famiglia (assenza di un nucleo familiare stabile), al lavoro (timore che la gravidanza possa comportarne la perdita), alle relazioni sociali (scarsità di figure che possano supportare nella crescita e nell'accudimento dei bambini).

I ricoveri dovuti a complicanze della gravidanza, del parto o del puerperio, fanno supporre le difficoltà di accesso regolare ai servizi sanitari con conseguente preclusione di attività diagnostiche, terapeutiche e di follow-up appropriate.

Certamente queste problematiche sottendono una reciproca difficoltà sia per le donne immigrate che per gli operatori con conseguente compromissione delle qualità delle cure.

**Ridurre perciò le disuguaglianze nell'accesso alle cure e ai servizi può voler dire ridurre le disuguaglianze nello stato di salute.**

Per quanto attiene al dato relativo alla tubercolosi, si tratta di una malattia per la quale gioca un ruolo importante l'esposizione nel paese d'origine, le condizioni di promiscuità e di degrado igienico in cui gli immigrati spesso sono costretti a vivere nel nostro paese, che ne facilitano la reinfezione e ne aggravano il decorso<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Marrone A., "Salute e società multiculturale" Medicina Transculturale e immigrati extracomunitari nell'Italia del 2000, Raffaello Cortina- Milano, 1995

A titolo di esempio si riporta la tabella con alcuni aggregati clinici di diagnosi (ACC) relativi ai ricoveri di immigrati residenti nel territorio nazionale nel 1998; la situazione non si differenzia in modo significativo per gli immigrati non residenti dello stesso anno e per la situazione del Veneto relativa agli anni 1999, 2000 e 2001 (Tab.1)<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Cadrobbi P., " Il fenomeno immigratorio in Regione Veneto: aspetti epidemiologici e principali conseguenze sull'organizzazione sanitaria" in AA.VV., "Migrant Friendly Hospital" il progetto Ospedale e Servizi Socio Sanitari Interculturali della Rete Veneta HPH -Atti convegno - atti workshops Castelfranco Veneto 30 gennaio 2004.

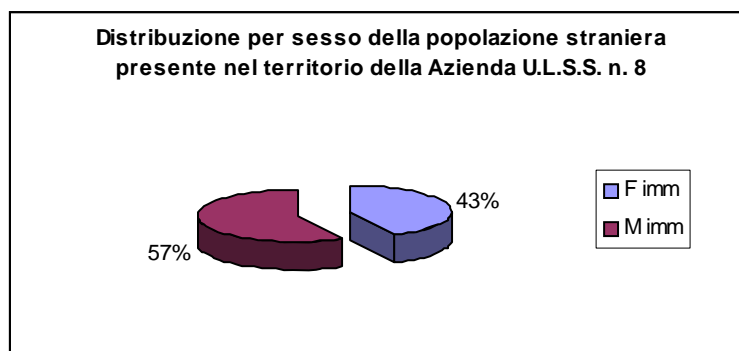
*Tab.1 - Valore assoluto (v.a) e distribuzione percentuale (%) per aggregati clinici di diagnosi dei ricoveri ordinari di immigrati residenti sul territorio nazionale confrontati con gli analoghi dati del totale ricoveri nazionali (valore nazionale). Anno 1998*

| Aggregati clinici di diagnosi   | Ricoveri ordinari immigrati |              | Valore nazionale |            |
|---|-----------------------------|--------------|------------------|------------|
|   | v.a.                        | %            | v.a.             | %          |
| GRAVIDANZA E/O PARTO NORMALE  | 11.305                      | 9,7          | 310.099          | 3,2        |
| ALTRE COMPLICANZE DEL PARTO E DEL PUERPERIO CHE COMPORTANO UN TRATTAMENTO DELLA MADRE | 3.392                       | 2,9          | 116.443          | 1,2        |
| <b>ALTRE COMPLICANZA DELLA GRAVIDANZA</b>   | <b>3.351</b>                | <b>2,9</b>   | <b>66.454</b>    | <b>0,7</b> |
| NATI VIVI SANI  | 2.924                       | 2,5          | 181.867          | 1,9        |
| PERDITA EMATICA IN GRAVIDANZA, ABRUPTIO PLACENTARE, PLACENTA PERVIA.                  | 2.221                       | 1,9          | 54.682           | 0,6        |
| <b>ABORTO INDOTTO</b>   | <b>1.963</b>                | <b>1,7</b>   | <b>48.953</b>    | <b>0,5</b> |
| <b>MINACCIA O TRAVAGLIO DI PARTO PRECOCE</b>  | <b>1.922</b>                | <b>1,6</b>   | <b>43.462</b>    | <b>0,4</b> |
| ABORTO SPONTANEO  | 1.307                       | 1,1          | 28.000           | 0,3        |
| ASMA  | 1.245                       | 1,1          | 36,122           | 0,4        |
| TUBERCOLOSI   | 934                         | 0,8          | 10.565           | 0,1        |
| <b>Altri</b>  | <b>27.888</b>               | <b>26,2</b>  |                  |            |
| <b>Totale dei primi 30 aggregati</b>  | <b>58.452</b>               | <b>49,8</b>  |                  |            |
| <b>Totale generale</b>  | <b>116.756</b>              | <b>100,0</b> |                  |            |

### 2.3 Analisi del problema a livello regionale e di Azienda ULSS n.8

Nell'Azienda in cui opero, in riferimento all'anagrafe sanitaria al 15.04.2003, risultano iscritti (in posizione attiva) al Servizio Sanitario Nazionale 14.274 cittadini immigrati non appartenenti all'Unione Europea con la seguente distribuzione:

| Distretti Socio Sanitari   | Con Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta |             |               | Senza Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta |            |            | Con/senza Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta |             |              |
|----------------------------|---|-------------|---------------|---|------------|------------|---|-------------|--------------|
|                            | M   | F           | Tot.          | M   | F          | Tot        | M   | F           | Tot          |
| Asolo-Castelfranco         | 4695  | 3357        | 8052          | 103   | 159        | 262        | 4798  | 3516        | 8314         |
| Valdobbiadene Montebelluna | 3271  | 2429        | 5700          | 104   | 156        | 260        | 3375  | 2585        | 5960         |
| <b>Totale</b>              | <b>7966</b>   | <b>5786</b> | <b>13.752</b> | <b>207</b>  | <b>315</b> | <b>522</b> | <b>8173</b>   | <b>6101</b> | <b>14274</b> |



Si tratta, di una distribuzione vicina alla media nazionale.

L'area materno infantile, che si contraddistingue per la particolare vulnerabilità fisica, psichica e sociale delle/dei pazienti, è quella maggiormente interessata da accessi ospedalieri

Tra il 1999 e il 2002, infatti, i ricoveri presso le Unità Operative ospedaliere di ostetricia-ginecologia sono in rilevante aumento. Per quanto riguarda le due divisioni di Pediatria, il numero dei ricoveri è pressoché stabile: 98 unità nel '99, 104 nel 2000, 84 nel 2001, 87 nel 2002.

Il fenomeno migratorio è iniziato e si è diffuso velocemente trovando le strutture e i servizi impreparati; infatti gli utenti immigrati che si rivolgono alle unità operative ospedaliere e ai servizi socio-sanitari ricevono:

- a) informazioni di tipo organizzativo, amministrativo e sanitario non completamente comprensibili e appropriate;
- b) prestazioni e interventi di cura e assistenza non completamente appropriate.

Gli operatori dei reparti ospedalieri e dei servizi:

- a) non raccolgono informazioni di tipo amministrativo e sanitario utili allo svolgimento delle funzioni di loro competenza;
- b) non forniscono prestazioni e interventi di cura e assistenza completamente appropriate.

### **3. CAUSE**

A mio avviso le cause che rendono problematica la presenza della popolazione immigrata, vanno ricercate in 3 livelli:

*1) A livello organizzativo/strutturale:*

l'organizzazione nel suo insieme deve interrogarsi sulla modalità con cui

ha organizzato i propri servizi in termini di flessibilità oraria, chiarezza e coerenza delle informazioni sui servizi, comprensibilità dei percorsi per l'accesso. Si tratta di pianificare le strategie, le iniziative da intraprendere e comunicarle a tutto il personale al fine da creare nel singolo dipendente il senso di appartenenza e la chiarezza degli obiettivi da raggiungere.

Fondamentale risultano anche le collaborazioni con gli altri Enti che operano nel territorio: Comuni, Scuola, Questura, volontariato, Associazioni culturali. Si tratta di creare una rete che offra più opportunità all'utente immigrato di venire a contatto con i servizi.

Spesso invece le strutture sanitarie si dimostrano incapaci e impreparate ad interpretare la domanda di salute a causa di impostazioni culturali differenti a seconda dei paesi di origine, etnie e religioni.

Anche nell'Azienda in cui opero, il personale spesso non ha la percezione chiara degli obiettivi, non sempre è disponibile materiale informativo tradotto nelle diverse lingue, o non c'è la possibilità avvalersi di un mediatore linguistico-culturale. Limitata è l'accessibilità dei servizi per motivi strutturali, burocratici, economici e culturali, scarse le progettualità in comune con altre Strutture-Enti-Organizzazioni del territorio. (ASL, Scuola, Comune, Questura, ...).

2) *A livello degli operatori sociosanitari:*

l'operatore, colui che quotidianamente deve relazionarsi con l'utente immigrato, spesso ha una scarsa conoscenza delle lingue straniere e dei

rispettivi modelli socioculturali. Nella relazione a livello linguistico non sempre coincidono il significato cioè il concetto sotteso al suono fonetico con quello che tale suono racchiude e rappresenta nella singola cultura (per es. valori simbolici di riferimento)<sup>13</sup>.

A questo si aggiunge la difficoltà, per altro comune a tutti, di comunicare ciò che riguarda l'interiorità (disagio, dolore, paura).

Il singolo operatore, molto spesso si sente lasciato solo nell'affrontare queste problematiche, non si confronta, ha molto spesso, una scarsa conoscenza anche delle risorse esistenti ed eventualmente attivabili a sostegno della comunicazione con l'utente e/o con la sua famiglia.

Non ultimo la difficoltà di ascolto, l'ansia da prestazione che non creano un clima favorevole alla relazione.

3) *A livello dei cittadini immigrati:*

La salute è, ancor più per l'immigrato, un "capitale da difendere" rappresentando non solo la chiave di ingresso all'emigrazione, ma anche una risorsa irrinunciabile per la sua realizzazione che possa perdurare nel tempo<sup>14</sup>.

L'immigrato vive quindi in prima persona le difficoltà linguisticoculturali, con in più un differente modo di percepire la malattia, una maggior difficoltà nella comprensione e accettazione delle procedure diagnostico-terapeutiche.

Nell'affrontare il significato di salute e di malattia, la variabilità di elementi da considerare è notevole: dai sistemi tradizionali di credenze e di valori alle strutture sociali, dall'esperienza di salute e malattia di un singolo individuo alle cognizioni della biomedicina<sup>15</sup>.

---

<sup>13</sup> Brunori L., "Stranieri fuori, stranieri dentro. Una riflessione sullo spazio interetnico", Franco Angeli, Milano, 1988

<sup>14</sup> Mariotti P., Masaraki G., Rizzi R., "I diritti dei malati, Giuffrè, Milano, 1993

<sup>15</sup> Castiglioni M. "Donne immigrate e uso dei servizi socio sanitari", in Rizzi R., Iossa Fasano A., "Ospitare e curare", Franco Angeli – 2002, pag. 114.



#### **4. OBIETTIVI: FORMULAZIONE IPOTESI**

Il progetto “Donne e minori migranti: percorsi assistenziali nell’area materno-infantile” individua tre obiettivi prioritari:

1. ricostruire e comporre le prevalenti tipologie di percorsi assistenziali relativi all’area materno infantile e dunque comuni a dipartimento di prevenzione, medicina di comunità, reparti ospedalieri di ostetricia/ginecologia e di pediatria, consultorio familiare;
2. rilevare le maggiori criticità incontrate dai cittadini migranti nell’accesso e utilizzo ai/dei medesimi percorsi;
3. introdurre uno spazio di riflessione e di rielaborazione tra operatori e mediatori linguistico culturali rispetto alle criticità rilevate.

La sfida è proprio quella di rendere i nostri servizi capaci di accogliere, di rispondere e di lavorare anche con gli immigrati; vincere questa sfida senz’altro ci porterà ad umanizzare, a migliorare la comunicazione, ad avere rispetto per l’utenza, con grande vantaggio soprattutto per la popolazione autoctona.

#### **5. ANALISI ORGANIZZATIVA**

*Organizzazione e Progetti nell’Azienda ULSS n. 8.*

Ancora due precisazioni per capire il livello organizzativo sul quale questo progetto si è inserito:

Nell'Azienda ULSS n. 8, Azienda che ha aderito alla rete HPH, con Delibera Aziendale n.683, del 26.06.2003, si è costituito un gruppo tecnico (all'interno del quale opera anche la sottoscritta in qualità di Assistente Sanitaria Responsabile del Servizio Infermieristico Territoriale) con l'obiettivo di lavorare su più piani:

- 1) Ricognizione e Coordinamento delle attività aziendali in tema di immigrazione (attività di traduzione e supporto linguistico, Mediazione Linguistico Culturale, divulgazione e documentazione);
- 2) Formazione (attraverso l'attivazione di percorsi formativi inerenti il tema dell'immigrazione e salute);
- 3) Traduzione e Supporto linguistico (migliorare la comunicazione interculturale, potenziare l'autotutela della salute da parte dei cittadini immigrati, fornire agli operatori in situazioni di difficoltà di comprensione linguistica strumenti di supporto);
- 4) Mediazione Linguistico Culturale (migliorare la comunicazione interculturale, favorire l'accessibilità ai servizi da parte dei cittadini immigrati, sostenere gli operatori nella relazione di assistenza e cura dei cittadini immigrati);
- 5) Divulgazione e Documentazione (favorire la sensibilizzazione, la riflessività e l'approfondimento scientifico e culturale sul tema "Immigrazione e salute").

I mediatori/trici culturali sono cittadini immigrati che hanno una specifica formazione (partecipazione al corso per mediatori linguistico-culturali

realizzato in collaborazione tra Azienda ULSS n. 8, Centro Territoriale Permanente e Cooperativa sociale “Una Casa per l’Uomo).

Nell’ambito del progetto di mediazione linguistico culturale sono previsti anche:

- raccordo con il Servizio Educazione Promozione alla Salute per la realizzazione di un archivio e la messa a disposizione di tutti i materiali tradotti;
- elaborazione e proposta di microprogettualità da realizzarsi all’interno dei servizi/unità operative;
- consulenza negli incontri di formazione all’interno dei servizi/unità operative.

Il riferimento territoriale in termini di abitanti è di 220.000. Nell’ambito dell’Azienda ci sono 2 presidi Ospedalieri (con le divisioni di Pediatria e di ostetricia-ginecologia), due Distretti Socio Sanitari (con i servizi per l’area materno-infantile, i consultori familiari, gli sportelli amministrativi), il Dipartimento di prevenzione (con i servizi vaccinali).

La molteplicità dei servizi, la capillarità delle sedi di erogazione delle prestazioni e di risposte ai bisogni di salute dei cittadini, ha reso necessario pensare e pianificare questo progetto.

## 6. DESCRIZIONE DELLA METODOLOGIA

Per adeguare la risposta dell'Azienda si è proceduto attraverso le seguenti fasi:

1) Trattandosi di una realtà complessa sia per la logistica che per le competenze che ciascun servizio svolge, si è reso necessario visualizzare i principali percorsi per migliorare l'accessibilità e la fruibilità ai cittadini residenti e domiciliati nel nostro territorio.

I percorsi mettono in luce "Dove si va", "Cosa si riceve", "Dove si prenota". Inizialmente si è reso necessario concordare con i vari servizi i singoli passaggi al fine da uniformare in tutte le sedi dell'Azienda le modalità e le tipologie dei vari interventi.

Questa prima fase del lavoro ha permesso:

- una maggior conoscenza da parte degli operatori che a vario titolo operano nei citati servizi/Unità Operative;
- ha facilitato gli scambi di informazioni e la condivisione di difficoltà;
- ha suggerito proposte.

Un servizio che riesca a lavorare con la popolazione immigrata, avrà lavorato per rendere più comprensibili i contenuti informativi, avrà orari di apertura più flessibili con fasce orarie sia al mattino che al pomeriggio, disporrà della presenza di figure quali i mediatori culturali, denotando un'apertura dell'equipe a lavorare con più figure professionali nell'ottica dell'interdisciplinarietà.

Disporre di materiale informativo tradotto nelle varie lingue, sottende un lavoro di accurata valutazione sull'appropriatezza dei contenuti e quindi univocità di risposte.

La disponibilità della visita domiciliare, questo strumento di lavoro è importante non soltanto per la popolazione immigrata, ma anche per quella autoctona, si pensi per esempio alla visita domiciliare dell'ostetrica, dell'Assistente Sanitaria, dell'educatore, dell'Assistente Sociale ciascuno per la propria competenza.

2) Nella seconda fase si è valutato attraverso la somministrazione di un questionario la comprensibilità di questi percorsi per la popolazione immigrata.

3) Nella terza fase si sono apportate le modifiche suggerite dalla sperimentazione

4) nella quarta fase questi percorsi verranno affissi in tutti gli sportelli e i servizi così da facilitare e orientare l'utenza e gli operatori dei vari front-office.

A mio avviso, questi percorsi saranno infatti di aiuto anche agli operatori che con maggior facilità potranno decodificare la domanda e orientare fin dall'inizio l'utenza al servizio competente evitando inutili e dispendiose trafile.

## **7. MATERIALI E METODI**

**Azione 1: Rilevazione delle prevalenti tipologie di percorsi assistenziali (nascita/pediatico) tra dipartimento di prevenzione, medicina di comunità, ospedali, consultorio familiare e scuole.**

### **Interventi:**

Costituzione di gruppi interprofessionali e interistituzionali per l'individuazione delle prassi attualmente in uso.

Elaborazione e stesura grafica dei percorsi assistenziali

### **Verifica e obiettivi raggiunti:**

si sono realizzati tre gruppi di confronto tra operatori di diverse professionalità e delle diverse unità operative attraverso i quali si sono ricostruiti i percorsi nascita e pediatrico, rielaborati anche in forma grafica, in modo tale da facilitare la diffusione e la comprensione delle informazioni contenute.

Dei gruppi facevano parte: referenti dei servizi sociali; referente del servizio infermieristico; referente delle direzioni mediche; referente anagrafe sanitaria, referente consultorio familiare, referente del dipartimento area materno infantile, referente igiene pubblica, referente medicina di comunità.

## **Azione 2: Valutazione efficacia percorsi assistenziali e rilevazione di criticità.**

### **Interventi:**

Focus group per la rilevazione di bisogni e criticità con:

- operatori sociosanitari (pediatri di libera scelta, operatori degli ospedali e dei consultori familiari);
- mediatori linguistico-culturali.

Rilevazione campionaria dati relativi all'utilizzo dei servizi da parte di minori/genitori autoctoni e di minori/genitori migranti.

Eventuale revisione dei percorsi

### **Verifica e obiettivi raggiunti:**

attraverso due focus group con mediatori linguistico culturali, due focus group con operatori sociosanitari, un focus group con mediatori e operatori sociosanitari è stato possibile raccogliere le molteplici e differenti criticità che riguardano sia l'accesso delle donne e minori migranti ai servizi (prospettiva dell'utente), sia i processi organizzativi e il funzionamento dei servizi (prospettiva dell'istituzione e degli operatori).

La rilevazione di tali criticità è risultata propedeutica alla revisione dei servizi sociosanitari in maniera tale da facilitarne l'accesso e l'accessibilità. Per i focus group si sono coinvolti: i mediatori già in servizio presso l'Azienda; gli operatori dell'area materno infantile, del servizio vaccinazioni, dell'anagrafe sanitaria; alcuni insegnanti; in luogo dei pediatri di libera scelta è stata coinvolta una pediatra dipendente ULSS che svolgeva attività di pediatria di comunità.

### **Azione 3: Materiale informativo**

#### **Interventi:**

raccolta, verifica e archiviazione del materiale informativo tradotto in diverse lingue già esistente in Azienda.

Preparazione di materiale informativo sperimentale aggiornato inerente i percorsi proposti.

Traduzione del materiale in diverse lingue.

#### **Verifica e obiettivi raggiunti:**

è stato possibile istituire un unico punto di raccolta e archiviazione del materiale informativo già tradotto e circolante all'interno dell' Azienda.

Tale punto è stato individuato all'interno del Servizio Educazione e Promozione Salute ed ha assunto carattere di sistematicità: lo sportello garantisce raccolta dei materiali, traduzione nelle diverse lingue attraverso esperti, catalogazione dei materiali, invio alle unità operative richiedenti, conservazione e pubblicizzazione del catalogo con i materiali disponibili.

Inoltre, sono stati tradotti i percorsi assistenziali come sopra descritti nelle diverse lingue.

Il catalogo riporta tipologia, quantità e lingue di traduzione dei diversi materiali.



#### **Azione 4: Verifica comprensibilità, utilità e efficacia dei materiali informativi.**

##### **Interventi:**

Predisposizione griglia valutativa.

Valutazione della comprensibilità, utilità e efficacia dei materiali informativi attraverso la somministrazione delle griglie valutative ad almeno 200 donne gravide/genitori migranti.

Informatizzazione e rielaborazione delle informazioni derivanti dalle griglie valutative.

##### **Verifica e obiettivi raggiunti:**

è stata predisposta una griglia valutativa relativa alla comprensibilità , utilità ed efficacia dei materiali proposti relativi ai percorsi (**Allegato 2**).

La griglia è stata tradotta nelle diverse lingue e somministrata a oltre 200 donne gravide/genitori migranti. La somministrazione è avvenuta da parte di operatori dei servizi e delle mediatrici linguistico culturali in modo tale da raccogliere più feed-back possibili. Le griglie sono state raccolte e rielaborate anche con l'ausilio delle mediatrici (**Allegato 3**).

Sono state somministrate oltre 200 schede tradotte in cinese, arabo, rumeno, albanese.

#### **Azione 5: Valutazione della sperimentazione**

##### **Interventi:**

Revisione dei percorsi assistenziali e dei materiali informativi sulla base di quanto emerso dall'azione 4.

Divulgazione dei percorsi definitivi e dei nuovi materiali informativi agli operatori sociosanitari dell'area materno infantile (pediatri di libera scelta, operatori consultorio familiare, pediatri di comunità, operatori reparti ospedalieri) anche tramite incontri di formazione-azione con esperti in tema di immigrazione e salute.

Sono stati tenuti 4 incontri di supervisione-formazione-azione da docenti dell'Università di Cà Foscari e afferenti il Laboratorio Studi e Ricerche sull'Immigrazione nel periodo settembre-ottobre 2004 .

I temi trattati sono stati:

1. Migrazioni, salute, servizi: i colori del welfare sanitario;
2. Saperi e sapori del welfare: immigrazione e trasformazioni dei ruoli e dei lavori sociali;
3. La complessità dei servizi socio-sanitari tra bisogni che cambiano e processi di integrazione (l'argomento è stato sviluppato in 2 incontri);
4. Supervisione del lavoro di gruppo e valutazione di qualità.

Durata di ciascun incontro: 3 ore.

Gli incontri, realizzati da esperti in materia, hanno avuto un duplice scopo:

- fornire apporti teorici e interpretativi sui nessi tra immigrazione e salute;
- rielaborare le criticità rilevate (attraverso i focus groups, gli incontri interprofessionali e le 200 schede somministrate ali utenti) in modo tale da poter rivedere le prassi professionali e organizzative.

## 8. DESTINATARI

I destinatari del progetto sono:

- donne sia straniere che autoctone in gravidanza e/o loro compagni;
- mamme e papà con figli piccoli;
- operatori dei servizi consultoriali;
- operatori dei servizi vaccinali.
- operatori delle divisioni di ostetricia- ginecologia;
- operatori delle divisioni pediatriche;
- operatori di front office.

## 9. RISULTATI

Con questo progetto:

- 1) sono stati stesi 2 percorsi ( **Allegato 1**):
  - ✓ “**PERCORSO NASCITA**” che va a definire “Dove si va”, “Cosa si riceve”, “Dove si prenota” nel periodo dall’accertamento della gravidanza all’immediato dopo parto (protagonista la donna).
  - ✓ “**PERCORSO PEDIATRICO**” dalla nascita allo sviluppo (protagonista il bambino).

Nel percorso pediatrico sono previste l’ipotesi:

- a. *da utilizzare se il genitore è in possesso di regolare permesso di soggiorno;*
- b. *se il genitore non è in possesso di regolare permesso di soggiorno.*

Questi percorsi sono stati tradotti in cinese, arabo, rumeno, albanese e resi disponibili ai vari servizi coinvolti nei percorsi.

L'interesse dell'iniziativa è stato dimostrato non solo dagli operatori dei servizi, ma anche dai Medici di medicina Generale che ne hanno richiesto copia da affiggere nei loro ambulatori.

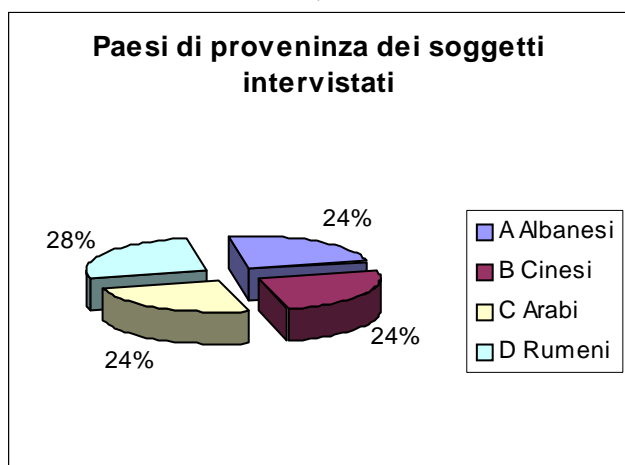
- 2) Le 205 griglie somministrate hanno fornito dati per certi versi inaspettati e comunque informazioni molto utili per la revisione e l'aggiustamento dei percorsi assistenziali e dunque per il miglioramento della qualità degli interventi.

In particolare i 205 questionari sono stati somministrati a: 50 cittadini provenienti da area linguistica albanese, 50 cinese, 50 araba, 55 rumena (**Grafico 1.1**): per la maggior parte (oltre l'80%) si tratta di donne. Prevalentemente le persone intervistate dichiarano di aver reperito materiale informativo sull'organizzazione socio-sanitaria presso gli stessi servizi dell'ULSS (55%): nel 14% dei casi presso uffici comunali e, in misura molto più ridotta, presso gli ambulatori di Medici di Medicina Generale o dei Pediatri di Libera Scelta, presso le scuole, presso sportelli immigrati, presso sindacati o ambienti lavorativi (**Istogramma 1.1**).

*Ciò evidenzia la necessità di potenziare ulteriormente le connessioni tra i diversi punti nodali della rete dei servizi, anche solo in termini di messa a disposizione reciproca di informazioni.*

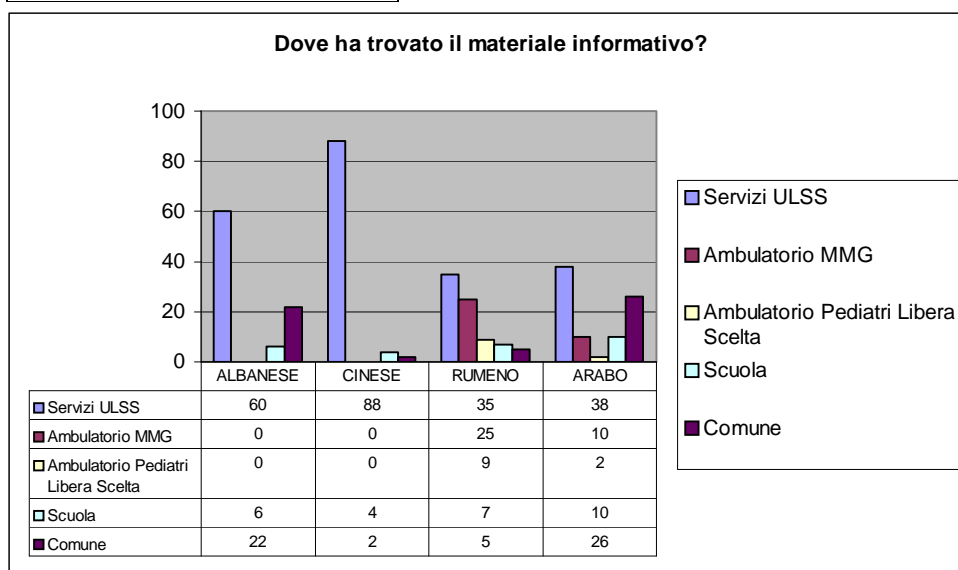
**Grafico 1.1**

EMBED Excel.Chart.8 \s



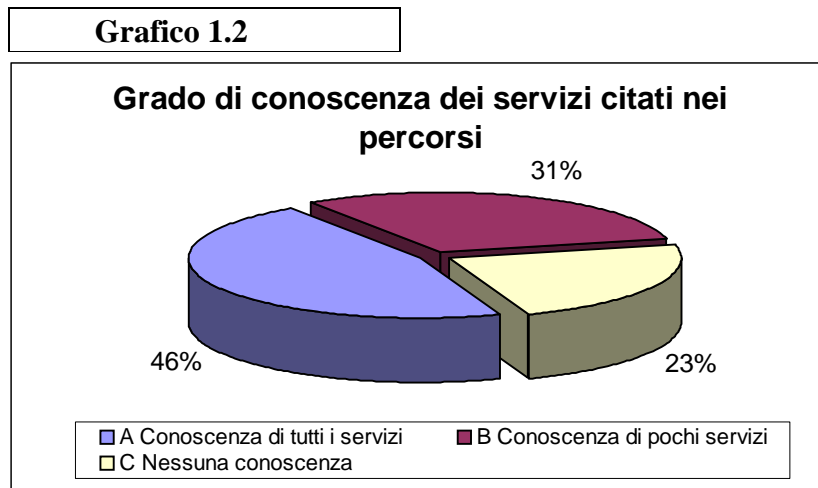
*Si sono scelte queste nazionalità, in quanto maggiormente presenti nel territorio.*

**Istogramma 1.1**



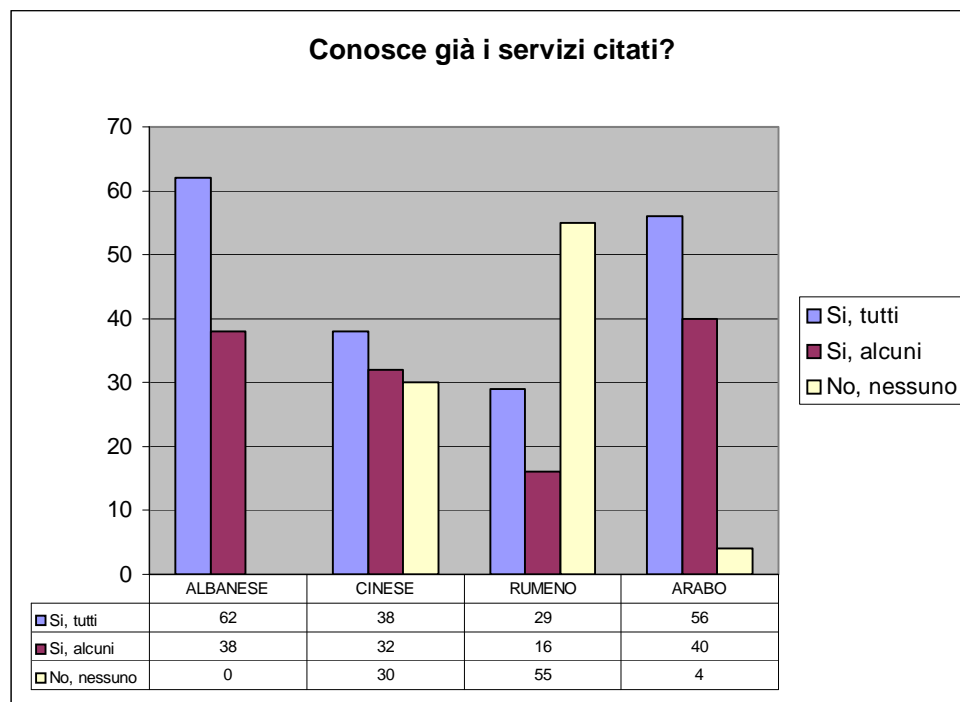
*E' importante segnalare come nonostante la maggioranza abbia trovato il materiale informativo presso i servizi sanitari, per i rumeni un ruolo importante è legato al Medico di Medicina Generale (MMG), per gli arabi e gli albanesi al Comune.*

Tra gli intervistati meno della metà (46%) dichiara di conoscere tutti i servizi citati; il 31% solo alcuni e un significativo 23% nessun servizio (Grafico 1.2 - Istogramma 1.2.).



*Questi dati stanno a significare l'importanza di diffondere l'informazione chiara e concisa sui servizi.*

**Istogramma 1.2**

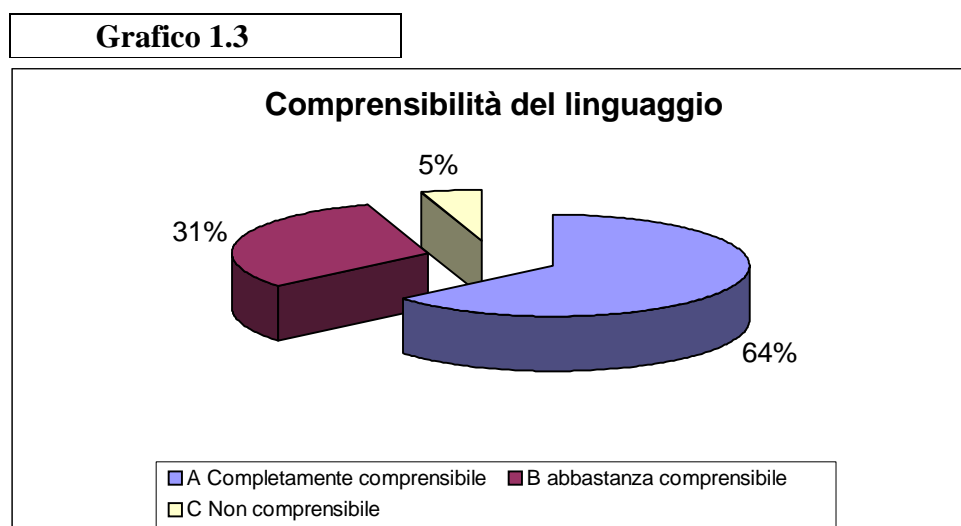


*La conoscenza dei servizi è, in media, abbastanza limitata, in particolare per cinesi e rumeni*

I servizi più conosciuti sono il consultorio familiare, il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta (benché il riferimento a queste due ultime figure sia del tutto assente tra i cittadini di area cinese e rumena).

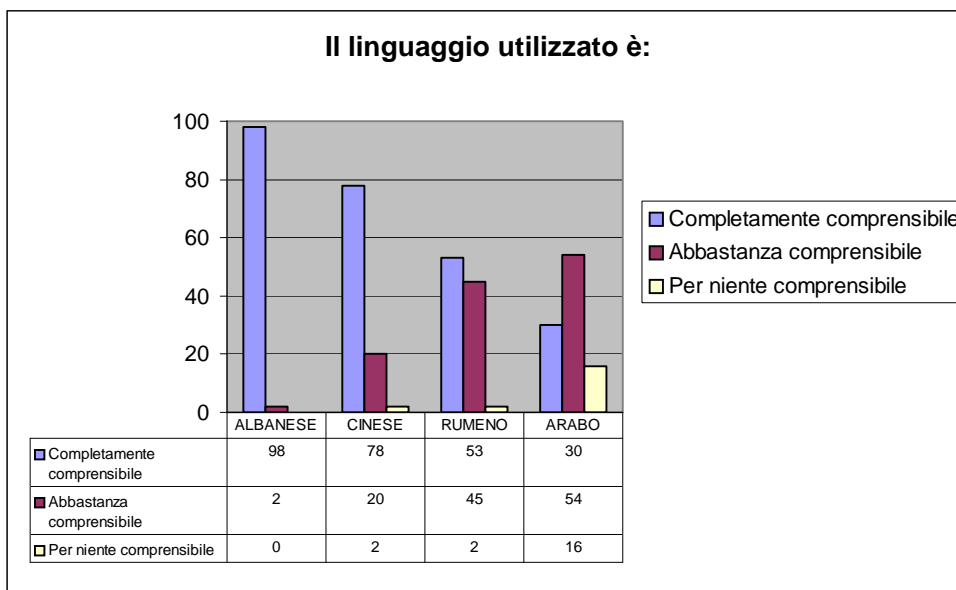
Relativamente al linguaggio utilizzato il 64% degli intervistati lo ritiene completamente comprensibile; il 31% abbastanza comprensibile; il 5% per niente comprensibile (**Grafico 1.3 – Istogramma 1.3.**).

Risulta contenuta (24%) la percentuale di persone che dichiarano di aver incontrato alcuni termini incomprensibili e tali termini sono: parto; ambulatorio viaggiatore, rilascio, STP, ufficio anagrafe sanitaria, funzione dell'ostetrica, corsi preparazione al parto (**Istogramma 1.4**).



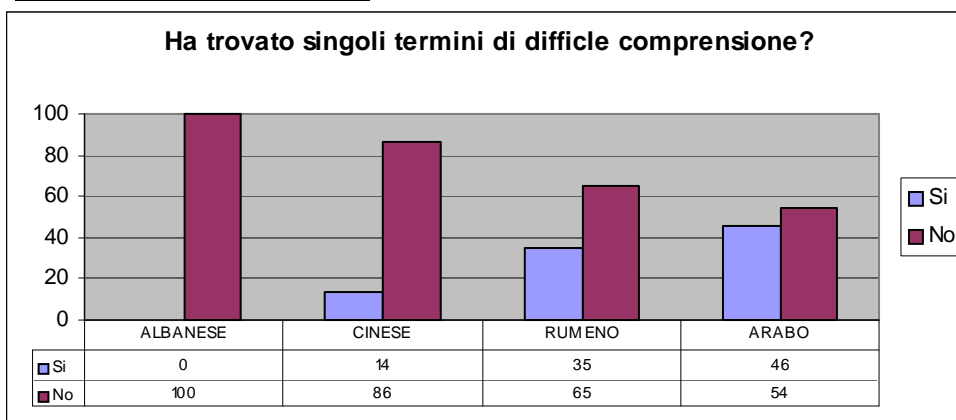
*La comprensibilità è certamente legata all'aver affidato la traduzione ai mediatori linguistico-culturali, figure attente al significato non solo letterale dei termini*

**Istogramma . 1.3**



*L'importanza del mediatore culturale nella traduzione dei percorsi e la sua presenza al momento della somministrazione della griglia valutativa è stato molto importante nel rendere la terminologia comprensibile alla singola etnia. Fa eccezione il campione arabo, forse perchè nel proprio paese d'origine questi servizi o non c'erano o non erano conosciuti.*

**Istogramma . 1.4**



*Il 76% degli intervistati ha risposto no, va segnalato comunque che i termini meno comprensibili in ordine di frequenza sono stati : anagrafe sanitaria, parto e corsi di preparazione al parto, ambulatorio viaggiatori funzioni dell'ostetrica. Si conferma la maggior difficoltà di comprensione da parte degli arabi.*



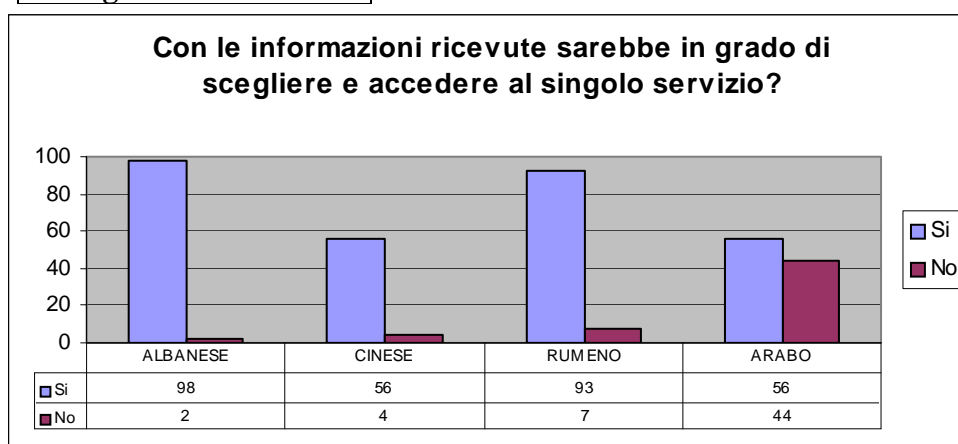
Va precisato, però, che in alcuni casi le schede dei percorsi sono state consultate in presenza di un mediatore e perciò la comprensione, non solo linguistica, potrebbe essere stata facilitata.

Nell'86% dei casi le persone ritengono che con le informazioni ricevute sarebbero in grado di scegliere e di accedere efficacemente ai servizi descritti (**Istogramma 1.5**).

Il 32% dei cittadini intervistati era già in possesso delle informazioni presentate dalle schede dei percorsi mentre il rimanente 68% o lo era solo parzialmente o per niente (**Istogramma 1.6**).

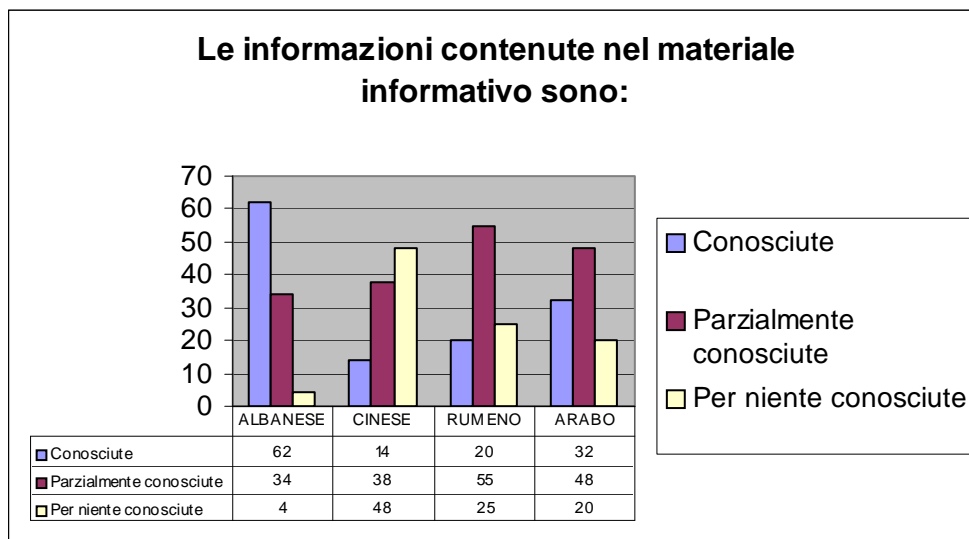
All'85 % delle persone risulta chiaro, a quali servizi rivolgersi per ottenere informazioni (**Istogramma 1.7**)

**Istogramma . 1.5**



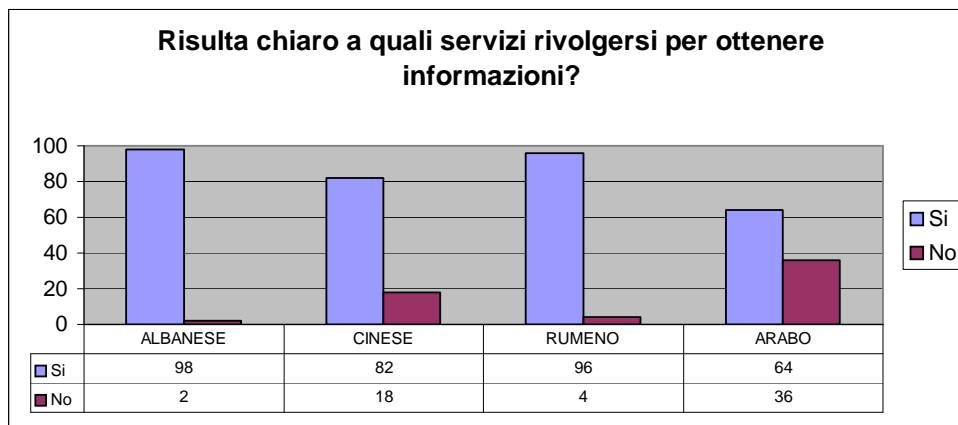
*Complessivamente l'86 % è in grado di accedere al singolo servizio; emerge ancora una volta la maggior difficoltà della popolazione araba.*

**Istogramma . 1.6**



*Per il 32% del totale le informazioni erano già note, per il 44% lo erano solo parzialmente, per il 24% non erano note. In questo caso i cinesi sono risultati essere la popolazione con un minor numero di informazioni conosciute.*

**Istogramma . 1.7**



*L'85% è risultato essere in grado di rivolgersi ai servizi per chiedere informazioni. Persiste la difficoltà della popolazione araba.*

Infine, l'ultima domanda: "Quali altre informazioni vorrebbe ricevere sui temi trattati?" ha consentito di raccogliere una serie di riflessioni critiche e di suggerimenti decisamente utili per il seguito del progetto.

Nel complesso, è risultato che la popolazione araba ha maggiori difficoltà sia nella comprensione che nell'accesso ai servizi, forse perché nel proprio paese, la rete dei servizi è poco sviluppata. Questi dati richiederanno un maggior approfondimento, per arrivare a una chiara interpretazione del fenomeno e quindi ad eventuali proposte operative.

Riflessioni e suggerimenti che toccano i temi dei ruoli e delle funzioni professionali (Medico di Medicina Generale, Pediatra di Libera Scelta, guardia medica, medico ospedaliero) e istituzionali (comune, scuola, questura); delle opportunità e delle opzioni di cura e accesso ai servizi; delle modalità di socializzazione/acquisizione delle informazioni condizionate dalle appartenenze sociali prima che da quelle linguistico-culturali.

Complessivamente, l'insieme delle risposte ricorda che sanità, scuola, lavoro e casa sono questioni strettamente intrecciate e invoca, pertanto, una maggiore unitarietà e globalità negli approcci e negli interventi.

Viene ripetutamente sottolineata l'importanza del mediatore linguistico culturale a cui richiedere un supporto nella traduzione linguistica, una presenza-ponte nella relazione tra sé e l'operatore interessato, ma anche, e forse soprattutto, un contributo per orientarsi e districarsi nella selva dei servizi, delle istituzioni, delle procedure.

## 10. CONCLUSIONI

Mi sembra importante ricondurre le conclusioni rapportandole agli obiettivi che il progetto “Donne e minori migranti: percorsi assistenziali nell’area materno-infantile” si è posto:

1. *ricostruire e comporre le prevalenti tipologie di percorsi assistenziali relativi all’area materno infantile e dunque comuni a dipartimento di prevenzione, medicina di comunità, reparti ospedalieri di ostetricia/ginecologia e di pediatria, consultorio familiare.*

Il progetto ha consentito di rilevare le criticità degli attuali percorsi assistenziali che riguardano l’area materno infantile in genere e, in particolare, le donne e i minori migranti, criticità dovute sia alla scarsa conoscenza che i cittadini migranti hanno del S.S.N. e delle sue opportunità, sia alla complessità del sistema sociosanitario e delle sue prassi organizzative, spesso di difficile comprensione e accesso anche per i cittadini autoctoni. Tra l’altro, si è verificato che gli stessi operatori hanno una conoscenza frammentata, poco chiara e contraddittoria rispetto al funzionamento dei servizi dove essi stessi operano. La costituzione di gruppi di lavoro trasversali (interistituzionali e interprofessionali) e la necessità di elaborare, anche in forma grafica, i percorsi assistenziali ha reso possibile una maggiore condivisione e omogeneizzazione delle informazioni tra gli operatori, ma anche un riaggiustamento dei processi laddove poco efficaci.

Inoltre, la raccolta di tutto il materiale informativo tradotto e l'istituzione di un unico sportello dove catalogare i materiali, tradurli e metterli a disposizione delle diverse unità operative è divenuto il valore aggiunto del progetto: tale attività, infatti, ha assunto carattere di stabilità e sistematicità.

2. *rilevare le maggiori criticità incontrate dai cittadini migranti nell'accesso e utilizzo ai/dei medesimi percorsi.*

Le oltre 200 griglie somministrate hanno fornito dati per certi versi inaspettati (per esempio le differenze importanti tra le varie nazionalità intervistate) comunque informazioni molto utili per la revisione e l'aggiustamento dei percorsi assistenziali e dunque per il miglioramento della qualità degli interventi.

In generale, si può dire che il campione delle persone di nazionalità araba sono quelle che meno conoscono i servizi sanitari, a cui è risultato più difficile la comprensione del linguaggio e l'utilizzo delle informazioni. Questo aspetto pertanto, potrebbe essere l'occasione per studiare maggiormente problematiche e caratteristiche di questa nazionalità al fine da poter meglio interpretare i dati ottenuti.

Un dato che, a mio avviso, rende ragione dell'utilità del progetto è che l'86% dei soggetti intervistati ritiene di essere in grado, con le informazioni ricevute, di scegliere e accedere al singolo servizio e l'85% riesce ad individuare il servizio a cui rivolgersi per chiedere la specifica informazione.

Questi risultati penso siano legati alla schematicità delle informazioni, alla traduzione fatta attraverso i mediatori linguistico culturali, figure che hanno cercato di rendere il singolo termine inserendolo nel contesto socio-culturale del Paese di appartenenza.

3. *introdurre uno spazio di riflessione e di rielaborazione tra operatori e mediatori linguistico culturali rispetto alle criticità rilevate.*

L'interesse, l'entusiasmo dimostrato sin qui dagli operatori coinvolti denotano che, il coinvolgimento di chi è in prima linea, di chi ogni giorno lavora con l'utenza è fondamentale per promuovere cambiamenti e innovazione, opposta è invece la risposta qualora i cambiamenti vengono imposti (diffidenza, poco entusiasmo, poca partecipazione).

E' stato bello constatare quante risorse ciascuno è in grado di attivare se si sente valorizzato e se sa di appartenere a un gruppo che condivide progettualità comuni.

Le criticità maggiormente emerse sono legate soprattutto all'organizzazione del lavoro: troppo incentrato sulla quantità delle prestazioni anziché volto alla presa in carico della persona, alla poca apertura dei servizi che con difficoltà dialogano tra loro.

Ancora viene sottolineata la necessità di essere maggiormente agganciati con il resto del territorio.

## 11. LA FIGURA DELL'ASSISTENTE SANITARIA: UNA SFIDA E UN'OPPORTUNITÀ

*Perché l'A.S., quale contributo può portare legato al suo specifico professionale?*

Perché l'Azienda ha ritenuto importante affidare il coordinamento di tale progetto a un'Assistente Sanitaria?

Quali competenze riconosce a tale figura?

Quali capacità garantivano l'implementazione del progetto?

Per quanto attiene al perché, ritengo l'Azienda abbia scelto questo professionista in quanto, per il lavoro che quotidianamente svolge, per il suo specifico professionale ne riconosce la capacità di lavorare in rete con le varie strutture e i vari soggetti, nell'ottica della promozione della salute e dell'integrazione socio sanitaria.

In particolare diventa vincente individuare, *intercettare gli eventi sentinella* (nello specifico individuare che le affezioni Ginecologico/ostetriche siano chiaramente più frequenti nella popolazione immigrata rispetto a quella nazionale porta necessariamente a ripensare all'accessibilità e alla fruibilità dei servizi da parte delle donne immigrate in età fertile), *individuare le situazioni di disagio (gravidanza e lavoro- gravidanza e situazione abitativa)* per agire prima che queste si traducano in patologia conclamata.

Lavorare con e per la popolazione immigrata significa necessariamente essere inseriti e lavorare nella rete, la figura dell'Assistente Sanitaria, a mio

avviso, rappresentare gli “HUT“ della rete cioè punti di forti interconnessioni, per segnalare, accogliere, individuare e connettere alla rete il maggior numero di immigrati operando in prima linea nei servizi vaccinali, nei consultori familiari, in quanto ha rapporti con scuole e Comuni. L’ottica del suo lavoro è volta a *sfruttare tutte le “occasioni opportune”* vale a dire tutti i contatti possibili, per interagire e agganciare gli utenti alla rete dei servizi.

Per questo si avvale di strumenti quali: *l’indagine, l’inchiesta, la visita domiciliare*. Dalla rielaborazione dei dati dell’indagine svolta, è emerso che la visita domiciliare, quando effettuata, ha rappresentato un importante momento informativo per la conoscenza della rete dei servizi socio-sanitari agevolando l’utente nella scelta consapevole dei percorsi sanitari (Pediatra di Libera Scelta, servizi vaccinali, ma anche educazione sanitaria su temi quali alimentazione di madre e bambino, prevenzione incidenti domestici).

Essere connessi alla rete permette alla singola persona di fruire dei servizi, di trovare risposte, di integrarsi con il sistema e il tessuto sociale presente del territorio, in definitiva, agevola i processi di integrazione.

All’Assistente Sanitaria è chiaro che la promozione della salute passa attraverso l’individuazione degli ostacoli tra cui la disinformazione. Le persone devono essere messe nelle condizioni di conoscere per poter fare scelte consapevoli; le informazioni, l’educazione sanitaria, aiutano a acquisire la consapevolezza sull’importanza del controllo della propria salute.



Il progetto richiedeva la capacità di *individuare situazioni di criticità che rendevano difficile l'accessibilità e la fruibilità dei servizi da parte degli immigrati* aumentando quanti la loro marginalità, le disuguaglianze anche in materia di salute.

Si rendeva perciò necessario coinvolgere i servizi , far partecipare gli operatori per rilevare anche dal loro punto di vista le difficoltà, valutare l'organizzazione del lavoro, al fine di ipotizzare qualche miglioramento e/o soluzione.

Era perciò necessario la capacità di lavorare in gruppo nell'ottica dell'interdisciplinarietà e nel rispetto delle multiprofessionalità. E' risultato molto utile a tal riguardo utilizzare i *focus group*, una tecnica che ha permesso il libero confronto tra la prospettiva dell'utente (rilevazione dei loro bisogni, delle loro difficoltà), e quelle dell'istituzione e degli operatori (valutazione dei processi organizzativi e del funzionamento dei servizi).

Questa specificità rientra nel profilo dell'Assistente Sanitaria infatti

“... partecipa alle iniziative di valutazione e miglioramento alla qualità delle prestazioni dei servizi sanitari rilevando, in particolare, i livelli di gradimento da parte degli utenti ”.

L'ottica del lavoro dell'Assistente Sanitaria è volta a garantire il rispetto della persona e della collettività . Mi sembra importante sottolineare questo duplice impegno perché risponde alle esigenze di un approccio di tipo “transculturale” rispettoso del singolo, in quanto portatore della sua “alterità” con l'obiettivo di aumentare l'integrazione sociale.

In tal senso il codice etico dell'Assistente Sanitaria nel considerare la responsabilità nei confronti della persona e della collettività dice "...impegna la propria competenza professionale al servizio della collettività e contribuisce allo sviluppo di politiche sanitarie e sociali a favore della salute.

...predispone ricerche e progetti orientati al benessere della collettività agendo in modo da ampliare le opportunità di tutte le persone con particolare attenzione alle persone in situazioni di svantaggio personale o sociale.

...deve rendersi interprete dei bisogni di salute, individuali e di gruppo dei cittadini, creando consapevolezza e favorendo il processo di crescita e sviluppo della collettività.”

Mi sembra importante sottolineare, come l'ordinamento didattico di tale professionista, ponga l'accento nelle discipline demotnoantropologiche da un lato, le scienze sociali e psicologiche dall'altro, per legare competenze culturali e comunicative in grado di arricchire la relazione anche con l'utenza straniera.

A conclusione mi sembra di poter dire che: **”Donne e minori migranti: percorsi assistenziali tra pediatria di comunità, ospedali, consultori familiari e scuole, una sfida e un'opportunità per l'Assistente sanitaria”** donne e minori migranti rappresentino una sfida che mette alla prova l'Assistente Sanitario nell'individuare le problematiche e i bisogni di salute di questa parte di popolazione, ed insieme a un'opportunità per arricchire il suo bagaglio culturale .

## 12. BIBLIOGRAFIA

AA.VV., *“L’Educazione all’interculturalità - Premesse e Sperimentazioni”*, Gruppo Abele Torino.

AA.VV., *“Le Esperienze Ignorate Giovani migranti tra accoglienza, indifferenza, ostilità”* Franco Angeli, Milano, 2002.

AA.VV., *“Mille modi di crescere. Bambini immigrati e modi di cura”* Franco Angeli, 2002, Milano.

AA.VV., *“Minori, Immigrati, Identità’, Bisogni, Servizi”* Fondazione Zancan, Padova, 1998.

AA.VV., *“Migrant Friendly Hospital”* il progetto Ospedale e Servizi Socio Sanitari Interculturali della Rete Veneta HPH -Atti convegno - atti workshops Castelfranco Veneto 30 gennaio 2004.

Ambrosiani M., *“La fatica di integrarsi Immigrati e lavoro in Italia”*, Il Mulino, Bologna, 2001.

Ancora A., *“La consulenza transculturale della famiglia. I confini della cura”*, Franco Angeli, Milano, 2000

Bernardi B., *“Identità etnica ed etnocentrismo”* ed. Il Mulino, Bologna, 2000.

Brunori L., *“Stranieri fuori, Stranieri dentro. Una riflessione sullo spazio interetnico”*, Franco Angeli, Milano, 1998.

Camponi G., *“Genere, Etnia e Classe: migrazioni al femminile tra esclusione e identità”*, Edizioni ETS, 2000.

Caritas, *“Immigrazione – Dossier Statistico 2003”*, XIII Rapporto sull’immigrazione.

Castelli S., *“La Mediazione”*, Raffaello Cortina Editore, 1996.

Castiglioni M., *“Percorso di cura delle donne immigrate”*, Franco Angeli, Milano, 2001.

Crinali, *“Professione mediatrice culturale. Un’esperienza di formazione nel settore materno infantile”*, Franco Angeli, Milano, 2001.

Faretto A.R., *“Interlocutrici privilegiate. La salute straniera. Epidemiologie, culture, diritti”*, Edizioni scientifiche italiane, Napoli, 1994.

Geraci S., M.Trillò, “*Donne di altri paesi*“ Argomenti di Medicina delle Migrazioni, Perì Tecnès Editore, 1995.

Longo G., Morrone A., “*Cultura Salute Immigrazione. Un’analisi interculturale*”, Armando Editore, 1994.

Mariotti P., Masaraki G., Rizzi R., “*I diritti dei malati*”, Giuffrè, Milano, 1993.

Marrone A., “*Salute e società multiculturale*” Medicina Transculturale e immigrati extracomunitari nell’Italia del 2000, Raffaello Cortina- Milano, 1995.

Mazzetti M., “*Strappare le radici. Psicologia e psicopedagogia di donne e di uomini che migrano*”, L’Harmattan Italia Editore, 1996.

Pasini W, “*In salute attorno al mondo*”, News and Views, Bologna, Suppl. 2, 2000.

Rizzi R., Iossa Fasano A., “*Ospitare e Curare. Dialogo interculturale ed esperienze cliniche con gli immigrati*”, Franco Angeli Editore, Milano, 2002.

## **13. ALLEGATI**