

Analisi dei bisogni di salute nel Community Health Educator Model

Borgioli G. (Centro di Salute Globale Regione Toscana), Celmi R. (OIM), Menozzi S.(OIM), Marcucci M. (SDS Grosseto), Tizzi G. (Oxfam Italia)

Introduzione ed obiettivi:

In questo lavoro presenteremo i risultati della fase di ricerca della sperimentazione pilota del Community Health Educator Model nei territori di Arezzo (città), Firenze (città), Grosseto (Area grossetana - ambito territoriale socio sanitario) e di Roma e provincia di Guidonia, Colferro e Val Montone (territorio della ASL RM 5).

Il lavoro fa parte del progetto, finanziato dai fondi FAMI, *ESCAPES – Educatori alla Salute di Comunità per l'Accesso appropriato ed Equo ai Servizi* capofilato da Società della salute dell'area socio-sanitaria grossetana in partenariato con Oxfam Italia Intercultura, Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer, Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM), Comune di Carpineto Romano e Associazione interculturale Griot.

Al centro dell'analisi la salute delle donne migranti, declinata sulla base delle caratteristiche migratorie e dell'accesso alle strutture sanitarie in focus tematici differenti. Nello specifico per Firenze l'oggetto di studio sono le interruzioni volontarie di gravidanza tra le donne peruviane, ad Arezzo l'adesione al programma di screening alla cervice per le donne bangladesi ed infine per l'Area grossetana e il territorio della ASL RM 5 di Roma l'accesso all'area materno infantile.

Metodi/azioni

Dal punto di vista metodologico lo studio è stato articolato su tre dimensioni: 1) analisi quantitativa dei dati sul contesto migratorio (principali nazionalità, caratteristiche, trend etc.); 2) analisi quantitativa sui dati di accesso della popolazione straniera ai servizi sanitari oggetto di approfondimento; 3) analisi qualitativa tramite focus group su fattori che possono ostacolare l'accesso al servizio, proposte per migliorarlo e mappatura dei luoghi di aggregazione e ritrovo delle comunità target.

Sono stati realizzati per ciascun contesto due focus group di cui uno con gli operatori sanitari ed uno con le donne della comunità target individuata. Complessivamente hanno preso parte 26 operatori sanitari e 29 donne straniere.

Risultati

Dalle analisi dei singoli territori emergono alcune dimensioni trasversali. Innanzitutto (a) occorre considerare il contesto di partenza ossia i modelli culturali interiorizzati relativi alla salute riproduttiva, allo screening e alla maternità nei Paesi di provenienza. Un secondo aspetto (b) concerne le condizioni di vita in Italia delle donne straniere caratterizzate dalle specificità del processo migratorio: fase di adattamento, difficoltà economiche (occupazione, abitazione, ecc.), civili (regolarizzazione, permessi di soggiorno) e sociali (lingua, amicizie, affetti) che spesso accentuano il problema di gravidanze indesiderate con il successivo ricorso alle interruzioni volontarie di gravidanza, oppure ad una bassa adesione ai programmi di screening e ai percorsi nascita. Infine, (c) si evince la necessità di riorganizzare i servizi sanitari. Come elementi utili per favorire la fruizione dei servizi, sono stati individuati: la presenza di mediatori linguistico culturali; una maggior diffusione dell'informazione sanitaria e la semplificazione delle procedure; corsi di formazione; l'investimento nella peer education attraverso i Community Health Educators riconosciuti dai servizi e dalle comunità.

Conclusioni

Partire dalla conoscenza sociologica rappresenta un indiscusso valore aggiunto per la contestualizzazione degli interventi che andremo a breve a programmare e per la valutazione dei medesimi. Gli interventi si collocano in una dimensione di "action-learning" e "action-research", in cui l'apprendimento attraverso l'azione e l'attività di ricerca appaiono le strade più efficaci per giungere agli obiettivi prefissati.