



FONDO ASILO. MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020 Obbiettivo specifico: 2. Integrazione/Migrazione legale. Obbiettivo nazionale: 3. Capacity building-lett.j Governance dei servizi

# **PROGETTO 633 ESCAPES:**

# Educatori alla Salute di Comunità per l'accesso appropriato ed equo ai servizi sanitari

# **D4** Pubblicazione Finale















# Indice

Prefazione, di Lai Fong Chiu	<b>»</b>
1 Il progetto Escapes	<b>»</b>
2 Le azioni nei territori	
2.1 Lazio	<b>»</b>
2.2 Toscana	<b>»</b>
3 Comunicazione e disseminazione	
4 Voci dei/delle protagonisti/e	
Per non concludere	

# Prefazione

di Lai Fong Chiu

It was an honour to attend the Conference of *Benessere e Comunita Per un nuovo modello di Welfare Locale at Grosseto, Polo Universitario*, in Italy to reassert the beneficial effects of the Community Health Educators model. Because the development of the model has been based on intensive research and practice not only in the U.K. but also in many regions in Tuscany, Italy, we can reassert its relevancy for new migrants as well as those who have long settled in as part of the nation's minority ethnic communities, all of whom may encounter difficulties accessing health and social services that are essential for quality of life.

It is important to note that the sharing of the accumulative knowledge from the application the CHE model from the different regions in Italy is a way to keep the model changing and adapting to the real lives of those we seek to help. We need to take the principles of participation and empowerment of the CHE model seriously and embed these values in all organisational practices. Above all, we should not forget that the virtue of hospitality is about having sympathy for strangers, to whom we should extend our welcome. This virtue is part of western civilisation. Because only by truly living and working out these values, can we make the world a better place for everyone.

# 1 Il Progetto Escapes

Negli ultimi 2 decenni, i processi di trasformazione demografica nei paesi europei, hanno subito un'accelerazione a causa dei fenomeni di migrazione interna ed esterna. L'accessibilità ai servizi sanitari e sociali è considerato uno degli indicatori primari del livello di integrazione dei migranti. La popolazione migrante, è caratterizzata da una condizione di svantaggio nell'accesso ai servizi: difficoltà di tipo linguistico, di comprensione di diversi codici culturali e organizzativi, di attivazione di reti di sostegno in caso di necessità. In Toscana, sulla base dei risultati dell'indagine condotta dal Laboratorio Management e Sanità del 2012, evidenziamo che quasi una donna straniera su quattro ritarda l'accesso all'assistenza in gravidanza e sempre le donne straniere (ma anche coloro che hanno con titolo di studio inferiore) spesso non utilizzano i servizi post-partum poiché non li conoscono.

Accanto a ciò sottolineiamo come ulteriore elemento di disuguaglianze di salute la scarsa adesione da parte delle donne immigrate agli inviti per lo screening cervicale (Progetto PIO inserito nell'ambito del Programma Integrato in Oncologia finanziato dal Ministero della Salute; 13°Rapporto Annuale ISPO). Sebbene il programma di screening inviti tutte le donne residenti nella fascia di età bersaglio dello screening, in modo totalmente gratuito e senza distinzione di nazionalità, la partecipazione delle donne immigrate è risultata minore di quella delle donne autoctone. (ISPO, 2013).

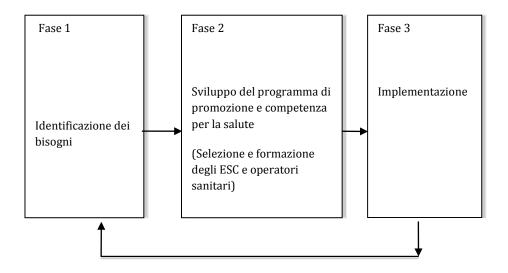
L'accesso ai servizi e alla cura è un prodotto psicosociale in cui entrano in gioco da un lato l'organizzazione dei servizi, la formazione e le competenze degli operatori, dall'altro l'appartenenza sociale, la condizione socioeconomica, culturale e biografica, il grado di health literacy del paziente e di conoscenza del funzionamento dei servizi e, comunque sempre, le rappresentazioni simboliche, gli stereotipi, i pregiudizi, le risorse personale e sociali di entrambi gli "interlocutori": operatori (medici, infermieri, ostetriche, assistenti sociali etc) e utenti. Implementare la consapevolezza di tutti questi elementi da parte degli operatori sanitari e delle organizzazioni sanitarie rappresenta un obiettivo importante per migliorare la qualità, l'efficacia della "cura" nonché l'efficienza del sistema e contrastare le crescenti diseguaglianze nella salute che esistono per i gruppi svantaggiati e tra questi gli immigrati.

Il progetto parte dal modello proposto in UK dal National Health Service sviluppato dalla Dott.ssa Lai Fong Chiu, atto a rendere il messaggio di prevenzione più efficace possibile tra le comunità cosiddette "hard to reach.

Il Community Health Educator Model si basa sul reclutamento e la formazione di membri delle minoranze etniche e/o comunità svantaggiate su cui si vuole intervenire, che partecipano poi alla realizzazione di interventi di promozione della salute nei loro quartieri/aree di residenza. Gli ESC sono persone che, coordinandosi con i professionisti sanitari, lavorano principalmente fuori dalle strutture sanitarie utilizzando le loro reti sociali, ad esempio raggiungendo gli utenti a domicilio, nei luoghi di ritrovo, in occasione di festività o ricorrenze, là dove le Aziende Sanitarie non potrebbero arrivare.

Questo modello di offerta attiva basa il suo potenziale di efficacia proprio sulla costruzione di capacità personali e collettive in materia di tutela della salute. La caratteristica più significativa è senza dubbio l'empowerment, inteso come rafforzamento sia delle comunità che dei singoli. Le persone straniere formate come ESC da una parte aumentano le loro conoscenze e la fiducia in sé stesse e nel proprio ruolo rispetto ai connazionali, fino a sviluppare spesso vere e proprie capacità di leadership; dall'altra costituiscono una risorsa permanente per il loro gruppo, aumentando in modo costante tra i membri la consapevolezza su specifiche questioni di salute.

Il lavoro delle Educatrici/educatori Comunitari di Sanità prevede le seguenti tappe:



## FASE 1 Analisi dei bisogni e ricerca.

Questa fase di indagine rappresenta una parte importante poiché permette di contestualizzare gli interventi e di approfondire la tematica affrontata. Analisi dei bisogni di salute del gruppo target e dei bisogni degli operatori socio sanitari attraverso analisi secondaria dei dati delle aziende sanitarie coinvolte e due focus group con testimoni privilegiati, quali donne migranti ed operatori sanitari; iv) Analisi del contesto (presenza e caratteristiche della medesima) e mappatura sociologica del territorio al fine di rilevare i network sociali di riferimento per la popolazione target.

# FASE 2 Formazione

La formazione riguarderà sia le future figure dell'educatore di salute di comunità (ESC) che gli operatori socio sanitari in base a quanto stabilito dal curriculum formativo, calibrato in base alle necessità emerse dai territori. La formazione sarà suddivisa in moduli di cui alcuni saranno dedicati solo alle ESC, alcuni solo agli operatori sanitari ed altri verranno portati avanti in comune.

### FASE 3 Implementazione

A partire dal momento della formazione, si inizierà con il lavoro da parte delle ESC all'interno delle proprie comunità. Il lavoro può essere così suddiviso:

- Operatori esperti inizieranno un lavoro con le ESC volto alla realizzazione del <u>materiale informativo</u> che sarà destinato alla popolazione migrante target.
- Realizzazione delle iniziative di promozione della salute da parte delle ESC. Questa fase è quella che permette di entrare nel vivo del lavoro: ciascuna ESC avrà il compito di diffondere le informazioni tra le donne della propria cerchia di contatti e di impegnarsi ad allargarla sempre di più in modo da raggiungere più persone possibile. I contesti dove le informazioni verranno date saranno informali, in modo che le donne siano a loro agio, non si sentano forzate, possano aprirsi e mostrare le proprie difficoltà con naturalezza, sentendosi "tra amici". Inoltre, compito delle ESC è portare le persone migranti all'interno del servizio sanitario, mostrare come funzionano, fare incontrare le persone con gli operatori sanitari. È altrimenti possibile organizzare visite degli operatori stessi alle comunità target ad esempio in occasione di particolari festività o ricorrenze. È, qualora ritenuto utile, auspicabile l'utilizzo di strumenti diffusi quali i social network per la disseminazione

delle informazioni, in genere molto utilizzati dalle popolazioni migranti. Tali iniziative permetteranno una maggiore conoscenza rispetto al corretto accesso ai servizi sanitari ed alla conoscenza dei percorsi gratuiti, quali il percorso nascita citologica e mammografica per la popolazione migrante. Gli operatori sanitari avranno l'opportunità di conoscere sempre meglio le comunità migranti, capirne le difficoltà e migliorare il proprio lavoro e la propria attitudine. Dal punto di vista del sistema sanitario, ci sarà anche una riduzione dei costi dovuti alle cure per malattie non diagnosticate in tempo.

 Monitoraggio e Valutazione partecipata dell'intervento. La fase del monitoraggio e valutazione partecipata sarà portata avanti durante tutta la durata del progetto. Poiché uno dei cardini del modello è l'action-learnig, monitoraggi e valutazione saranno di tipo partecipativo e riguarderanno l'intero arco processuale attraverso l'uso di metodologie quantitative e qualitative.

Il progetto ESCAPES capofilato dalla Società della Salute di Grosseto implementa le sue azioni in due regioni: la Toscana e il Lazio. Attraverso un partenariato con elevate competenze in questo settore il progetto ha portato avanti attività di promozione della salute della donna in ambito riproduttivo e materno-infantile sviluppando nuovi e più efficaci modelli di servizi integrati di intervento.

# 2. Le azioni sui territori

# **2.1 Lazio** (a cura di OIM)

### 2.2.1 Fase di analisi

Nel territorio della Asl Roma 5, che copre la zona centro-orientale della Regione, gli stranieri rappresentano il 12,20% (61.249 residenti stranieri su 502.090 residenti totali, valore superiore alla media nazionale e regionale dell' 11,23%1), con un'incidenza del 13,06% per il Distretto G2 - Guidonia (16.703 residenti stranieri su 127.912 residenti totali) e del 9,07% per il Distretto G6 – Colleferro/Carpineto Romano (6.948 residenti stranieri su 76.617 residenti totali), territori oggetto dell'intervento. Evidente la prevalenza di popolazione proveniente dall'Est-Europa, con il 63,26% di cittadini comunitari dalla Romania nel Distretto G2 (oltre all'11,32% con cittadinanza Albanese, Polacca, Moldava, Ucraina e Macedone) e il 49,42% di Rumeni, il 10,53% di Bulgari e l'8,27% di Albanesi nel Distretto G6. Altre cittadinanze dalla presenza rilevante sono Egitto, Cina, Marocco, Perù e Nigeria. Le donne assistite nei Consultori del Distretto G6 nell'anno 2015 sono in totale 2.692 (in leggero aumento rispetto all'anno 2014): di queste il 15% circa è di nazionalità straniera (n. 424). Tra le donne straniere accolte nel 2015 le nazioni di provenienza prevalenti sono state Romania (35%), Bulgaria (24%) e Albania (12%) nel Consultorio di Colleferro e Romania (62%) e Albania (5%) in quello di Valmontone. I principali servizi attivi nei consultori del distretto sono le certificazioni per interruzione volontaria di gravidanza, i Percorsi Nascita, gli incontri post-parto e primo anno di vita, gli interventi di educazione alla salute e i corsi menopausa. Nei consultori di Colleferro e Valmontone, la percentuale di certificazioni IVG di donne straniere era il 42,59% del totale nel 2012 e il 46,00% nel 2013, con prevalenza, nel 2012, di cittadine Rumene (51%), Bulgare (28%) e Albanesi (9%). Nell'ambito dei due Focus Group realizzati da OIM coinvolgendo rappresentanti di associazioni migranti ed operatrici sanitarie (assistenti sociali, infermiere, psicologhe, operatrici socio-sanitarie) sono emerse le seguenti criticità:

- ✓ Difficoltà nell' accesso ai servizi sanitari del territorio: rilevata una diffusa mancanza di informazione in merito alla disponibilità dei servizi, ritenuti inoltre poco accessibili per l'eccessiva burocrazia, le procedure legate allo status legale del migrante, gli orari di apertura al pubblico non compatibili con orari di lavoro e la mancanza di servizi di mediazione linguistico-culturale. La dimensione dell'approccio culturale si conferma un fattore rilevante che in alcuni casi si manifesta come barriera ed impedimento all'accesso al SSN, in altri diventa un elemento di differenziazione tra gruppi di diverse nazionalità. Le comunità dell'Est- Europa − stando all'esperienza delle operatrici coinvolte − mostrano una maggiore consapevolezza dei propri bisogni di salute, a differenza delle comunità africane che risultano meno informate in merito ai servizi e a rischio di esclusione.
- ✓ Incidenza dell'accesso all'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) tra le donne africane, in particolare tra le donne di nazionalità nigeriana. Le giovani donne nigeriane durante il percorso migratorio sono quasi sempre a rischio di violenza e sfruttamento a scopo sessuale, nonché soggette al fenomeno della tratta degli

Dati ISTAT estratti il 26 novembre 2017, disponibili all'indirizzo: http://dati.istat.it/

- esseri umani, dunque sono portatrici di vulnerabilità alle quali deve essere prestata specifica attenzione e assistenza.
- ✓ Necessità di formazione specifica rivolta agli operatori in ambito di medicina transculturale, con l'obiettivo di promuovere un approccio più aperto ai "saperi sanitari" di cui sono portatori i cittadini stranieri.

Numerose le strategie di intervento per l'accesso ai servizi sanitari emerse, fra le quali rilevano:

- ✓ La presenza di sportelli di salute per stranieri in tutti i distretti sanitari e l'apertura di servizi, in particolare dei consultori familiari, durante il fine settimana.
- ✓ Corsi di formazione interculturale e di alfabetizzazione linguistica (inglese e francese) per gli operatori sanitari.
- ✓ Realizzazione di campagne di promozione sanitaria con il coinvolgimento delle comunità, anche all'interno di iniziative culturali e aggregative, che prevedano l'intervento di team multidisciplinari di operatori sociosanitari (psicologi, operatori sanitari, assistenti sociali...), favorendo lo scambio e la conoscenza reciproca tra operatori e comunità di stranieri.
- ✓ Necessità di considerare in modo più specifico e continuativo la categoria dei giovani adulti di genere maschile, a cui andrebbero indirizzare campagne a tema, in particolare per quanto riguarda la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, il contrasto alle dipendenze e il monitoraggio per la precoce identificazione e presa in carico di vulnerabilità derivanti dall'esperienza migratoria.

## 2.1.2 Formazione e selezione

La formazione degli operatori socio-sanitari nella Regione Lazio ha inizialmente coinvolto 13 operatori in servizio presso il territorio del Distretto Socio Sanitario G6 della ASL Rm 5, caratterizzati da profili professionali diversificati, tra cui: operatrici dei servizi sanitari del Distretto G6 (in particolare PUA, Punto Unico di Accesso); operatrici di Cooperative Private che gestiscono in appalto servizi socio-sanitari del Distretto G6, operatori e operatrici delle Strutture di Accoglienza (CAS e SPRAR) del territorio. Il corso "Il fenomeno migratorio: salute globale, aspetti normativi e cura dei gruppi vulnerabili" si è articolato in 5 giornate di formazione, di cui 2 (iniziale e finale) in comune con i partecipanti al corso per Educatori alla Salute di Comunità. I contenuti della formazione hanno affrontato tematiche di carattere antropologico, sociologico, geo-politico, normativo, declinate per approfondire i numerosi e complementari aspetti che entrano in gioco nel binomio Migrazione e Salute, in particolare:

- ✓ fenomeno migratorio (comune al percorso ESC): obiettivo del modulo è stato fornire strumenti di analisi e
  comprensione del fenomeno migratorio, presentandone gli elementi multidimensionali e i diversi modelli.

  Rilevanti gli approfondimenti in merito ai Flussi e alle Rotte migratori (in particolare per l'area del
  Mediterraneo e l'Europa), sullo stato del fenomeno in Italia e nello specifico contesto di implementazione
  del progetto (Lazio/territorio di ASL e Distretti).
- ✓ accesso ai servizi sanitari: obiettivo del modulo è stato approfondire i determinanti sociali di salute applicati al fenomeno migratorio, le diseguaglianze che si riscontrano nell'accesso ai servizi sanitari da parte di cittadini stranieri e la normativa che regolamenta la fruizione dei servizi sanitari da parte dei cittadini immigrati. E' stato inoltre approfondito il modello di governance nazionale che si sta

implementando in Italia attraverso l'elaborazione di Linee Guida in ambito Migrazione e Salute2 e i partecipanti sono stati chiamati ad analizzare casi-studio relativi a criticità nell'accesso ai servizi sanitari, esponendo in plenaria possibili soluzioni e approcci gestionali alle varie situazioni organizzative dei servizi stessi.

- ✓ Antropologia medica e medicina interculturale: obiettivo del modulo è stato fornire la cornice teorica e
  metodologica dell'approccio antropologico alla Medicina e alla Salute, strumento primario per decodificare
  la dimensione culturale della malattia ed elaborare strategie efficaci e nuove chiavi di letture in contesti di
  assistenza e cura che si rivolgono a cittadini stranieri, a partire anche dalla conoscenza dei contesti sanitari
  di origine.
- ✓ competenza transculturale: a completamento e integrazione del precedente, obiettivo del modulo è stato veicolare strumenti operativi e concreti per riconoscere e gestire gli stereotipi e lavorare sull' attitudine a comprendere le differenze, ad aprirsi rispetto a patrimoni socio-culturali diversi, sviluppando una visione del mondo inclusiva e progressiva, di accoglienza del cambiamento e reciprocità. Importante la riflessione sulla necessità di praticare la competenza transculturale non solo nella relazione intersoggettiva, ma anche a livello organizzativo.
- ✓ Presentazione del modello esc e programmazione di un intervento integrato (comune al percorso ESC): tale macro-sezione si è articolata nelle fasi di avvio e conclusione del percorso formativo, con l'obiettivo di condividere gli elementi principali caratterizzanti il modello di Educatore alla Salute di Comunità e le modalità di interazione fra ESC e operatori dei servizi, fornendo strumenti pratici per la pianificazione e realizzazione di attività di Promozione della Salute che prevedano la collaborazione tra servizi/operatori socio-sanitari ed Educatori alla Salute di Comunità. In particolare la fase conclusiva ha visto l'utilizzo di metodologie dinamiche e partecipate, attraverso la divisione dei partecipanti in gruppi di lavoro, cui sono state affidate tematiche di salute e strumenti di veicolazione dei messaggi di salute di diverse tipologie. I gruppi di lavoro hanno lavorato alla progettazione di una attività integrata e hanno restituito in plenaria il lavoro svolto, anche attraverso la dinamica del role playing.

La formazione è stata realizzata per una seconda edizione con una formula più sintetica, su richiesta dei referenti della ASL Rm 5, per garantire l'opportunità ad un maggior numero di operatori sanitari di accedere a contenuti ritenuti estremamente rilevanti per garantire un approccio più consapevole, informato ed efficace, all'assistenza sanitaria rivolta a migranti. Sono dunque state organizzate due corsi di formazione a Guidonia, con la partecipazione di 58 operatori in servizio presso vari Distretti e servizi della ASL.

Il corso per Educatori alla Salute di Comunità ha coinvolto 13 persone, selezionate grazie al lavoro di contatto e incontro diretto con il territorio di riferimento della referente dell'Osservatorio del Distretto G6. Le peculiari caratteristiche della presenza straniera nell'area di riferimento (maggioranza di cittadini stranieri comunitari; scarsa o assente presenza di reti attive/associazioni di migranti; diffuso pendolarismo) e le tempistiche ridotte per l'attivazione del processo hanno reso necessario velocizzare le azioni di promozione del corso e di selezione dei partecipanti, nonché aprire la partecipazione a persone non esclusivamente residenti presso il territorio di implementazione (5 partecipanti provengono da Roma), ma che hanno dimostrato di avere un interesse alla tematica del corso e contatti con le comunità di migranti in un territorio più vasto. Hanno partecipato al corso 12 donne e 1 uomo di diverse

9

In particolare: "Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamentodei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale" (Ministero della Salute) e " I controlli alla frontiera - La frontiera dei controll.iControlli sanitari all'arrivoe percorsi di tutela per i migrantiospiti nei centri di accoglienza" (INMP)

nazionalità (Cameroun, Etiopia, Nigeria, Gambia, RDC, Filippine, Siria, Somalia, Romania) e diverso profilo migratorio e status giuridico. 9 partecipanti hanno garantito una frequenza continuativa, frequentando oltre l'80% delle lezioni. Il corso si è articolato in sei moduli indirizzati a fornire strumenti e sviluppare competenze per innescare processi di empowerment - partendo da sé stessi per coinvolgere le comunità – per accedere in modo appropriato ed efficace a percorsi di salute consapevoli e adeguati alle proprie necessità. La prima giornata di formazione – comune agli operatori sanitari – è stata funzionale all'introduzione del progetto e del modello ESC e a inquadrare il progetto nella cornice del fenomeno migratorio, nella sua natura multidimensionale e con le complesse implicazioni in ambito di accesso ai servizi sanitari. Il percorso è proseguito con un modulo di approfondimento della figura dell' ESC (chiarendone specificità e differenze rispetto alla figura del Mediatore Linguistico Culturale), declinando in modo partecipato e interattivo le competenze chiave, quali la capacità di generare fiducia, di comunicare in modo assertivo e positivo con le comunità migranti e con gli operatori, l'abilità di osservazione e analisi dei servizi, riconoscendone l'inclusività o al contrario identificando le barriere e i malintesi culturali che limitano l'accesso ai servizi da parte delle comunità di stranieri.



Il modulo sul Focus Tematico di Salute ha affrontato, grazie al contributo tecnico del Medico Specialista in Ginecologia referente dei Consultori della ASL Rm 5, il macro tema della salute della donna, approfondendo in particolare prevenzione e screening relativi ai tumori femminili, percorso nascita e gravidanza, contraccezione e IVG. Fondamentale l'approfondimento sul consultorio, servizio chiave per l'accesso ai percorsi di prevenzione e accompagnamento in tema di Salute della Donna (ma anche di Salute degli Adolescenti e della Famiglia nel suo complesso), e che per la

sua "bassa soglia" di accesso di prefigura come fondamentale entry point per le donne straniere.

I successivi moduli hanno avuto l'obiettivo primario di approfondire i processi e i meccanismi di empowerment comunitario in salute - veicolando strumenti operativi per la promozione/comunicazione efficace di Messaggi di Salute - e di tornare a ragionare sulla figura dell'ESC, nell'ambito della cornice di riflessione definita "sviluppare sè stessi". Attraverso attività di brainstorming e la visualizzazione grafica degli input che sono progressivamente emersi dai partecipanti è stata costruita la mappa concettuale dell'ESC. Questa rappresentazione è servita a: far emergere caratteristiche ed emozioni positive e negative di ciascuno, associandole progressivamente al ruolo dell' ESC; riflettere di conseguenza sul ruolo dell' ESC, sulle potenzialità e sulle capacità che occorre sviluppare e mettere in atto; riflettere sulle difficoltà di accesso ai servizi e su come possono essere risolte e grazie al contributo: di una ESC, di un gruppo di ESC, dell'ESC insieme alla comunità, dell'ESC insieme all' operatore sanitario, di tutti gli attori coinvolti.

Nel corso dell'ultimo modulo previsto - programmazione di un intervento integrato (comune al percorso per Operatori) – gli Educatori alla Salute di Comunità formati hanno potuto mettere a frutto le competenze acquisite e i numerosi stimoli veicolati nei precedenti moduli, progettando, in collaborazione con gli operatori socio-sanitari interventi di Promozione di Salute da svolgersi presso comunità di stranieri. Dalla discussione e valutazione partecipata del corso con i partecipanti è emersa la necessità di approfondire anche per gli Educatori alla Salute di Comunità, gli aspetti normativi che regolano l'accesso dei cittadini stranieri al SSN, pertanto è stata organizzata una sessione di integrativa su queste tematiche.

# 2.1.3 Implementazione

Nell'area Lazio gli interventi territoriali sono stati pianificati e realizzati dall'Associazione Interculturale Griot e da un team di ESC coordinate da OIM, composto da 7 Educatrici alla Salute di Comunità di esperienza ("ESC senior"), attive presso Associazioni di migranti del territorio e in diversi casi impiegate come MLC presso Aziende Sanitarie di Roma, e 6 ESC selezionati tra i partecipanti al Corso per Educatori alla Salute di Comunità ("ESC junior"), i quali hanno affiancato le ESC senior, supportandole nelle varie fasi di realizzazione delle attività. Tale metodologia è risultata più efficace per rispondere a due importanti obiettivi: garantire che l'esperienza "sul campo" degli ESC selezionati (ESC junior) fosse adeguatamente accompagnata e mediata e potesse costituire una ulteriore occasione di apprendimento; raggiungere un elevato numero di destinatari e collaborare con diversi servizi sanitari del territorio in maniera efficace e rapida.



Le attività sono state realizzate in tre macro aree: il Distretto Socio Sanitario G6, il Distretto Socio Sanitario G2, Roma. I luoghi di realizzazione delle attività si suddividono in quattro macro-gruppi:

Servizi Sanitari: Consultori di Guidonia e Setteville (DSS G2), Colleferro e Valmontone (DSS G6).

Luoghi informali: negozi di alimentari, locali e bar che costituiscono luoghi di ritrovo delle comunità di stranieri.

Luoghi di carattere associativo/assistenziale/religioso e formali: sedi di Associazioni e Organizzazioni che hanno collaborato nella realizzazione delle attività (ad esempio CARITAS); Parrocchie e Centri gestiti da congregazioni religiose; Ambasciate; Scuole e altri luoghi pubblici, strutture dedicate all'accoglienza di rifugiati e richiedenti asilo.

Come specificato i territori di riferimento i Distretti G2 e G6 sono caratterizzati da una presenza di cittadini stranieri

Come specificato i territori di riferimento, i Distretti G2 e G6, sono caratterizzati da una presenza di cittadini stranieri elevata, con prevalenza di cittadini comunitari, ma difficilmente identificabile con comunità attivate in associazioni o gruppi che si mobilitano su istanze e tematiche di interesse comune (di carattere non solo sanitario, ma anche sociale e culturale). Per tale motivo si è scelto di mappare ulteriormente il territorio, per verificare la presenza di luoghi maggiormente frequentati da comunità di cittadini stranieri, e di enti che si occupano di Accoglienza e Assistenza rivolte a migranti. Contestualmente è stato svolto un lavoro di contatto e pianificazione integrata con quattro Consultori dei Distretti, con l'obiettivo di proporre attività di informazione e sensibilizzazione sanitaria presso gli stessi Consultori, garantendone al tempo stesso una maggiore visibilità. Le ESC senior, coordinate da OIM, hanno pertanto preso contatti con operatori dei servizi, rappresentanti delle comunità, stranieri titolari di esercizi

commerciali, referenti di associazioni e di istituzioni religiose del territorio, ed hanno pianificato e realizzato le attività con il supporto degli ESC junior formati nell'ambito del progetto.

Nel territorio del Distretto Socio Sanitario G6 sono stati realizzati 6 incontri presso i Consultori di Colleferro e Valmontone, con la partecipazione di 35 donne e 2 uomini di diversa nazionalità (Eritrea, Marocco, Nigeria, Senegal, Moldavia, Ucraina, Albania, Perù, Repubblica Dominicana). Le operatrici del consultorio di Colleferro hanno partecipato attivamente agli incontri, proponendo un questionario volto ad indagare la conoscenza dei metodi di contraccezione e delle malattie a trasmissione sessuale, facendo emergere dubbi e "falsi miti", discussi con la partecipazione di tutti i presenti. Presso il consultorio di Valmontone le operatrici hanno facilitato la partecipazione delle donne straniere e collaborato con gli ESC di riferimento per l'individuazione delle tematiche di salute, il cui focus è stato sulla conoscenza e sulle buone pratiche di prevenzione dei tumori del collo dell'utero, della mammella, del colon-retto.

In particolare presso il Consultorio di Colleferro gli incontri hanno costituito una vera e propria occasione di riflessione e scambio sulla Salute, a partire dalla costruzione partecipata dell'Albero della Salute, dove ogni donna poteva inserire termini chiave e spunti che riflettessero il significato di Salute nella loro esperienza di vita. L'obiettivo era promuovere una riflessione più ampia e non focalizzata esclusivamente sulle specifiche tematiche di salute, ma che facesse emergere l'importanza del "prendersi cura di sé stesse" in modo comprensivo e continuativo, attraverso stili e comportamenti di vita corretti, volti al benessere psico-fisico e alla prevenzione di malattie e stati patologici.

Le ESC di riferimento hanno inoltre organizzato 17 incontri presso luoghi informali. Numerose le sessioni di volantinaggio e promozione presso la Stazione di Colleferro e presso i mercati settimanali di Colleferro e Valmontone: 195 persone (181 donne e 14 uomini) sono state sensibilizzate attraverso la distribuzione di materiale informativo e sessioni brevi di orientamento individuale o in piccoli gruppi ai servizi sanitari del territorio, oltre che invitate agli incontri presso i Consultori, altri luoghi di ritrovo delle comunità migranti e associazioni. Alcuni esercizi commerciali del territorio (bar e negozi di alimentari/ortofrutta) sono stati identificati per lo svolgimento di incontri più raccolti, che hanno visto la partecipazione di 56 donne. Infine 71 persone hanno partecipato agli incontri organizzati presso le sedi parrocchiali della Caritas di Valmontone e Colleferro, presso la Casa della Pace di Valmontone e altri centri di carattere religioso che prestano accoglienza e assistenza a gruppi vulnerabili (stranieri e italiani).

Nel territorio del Distretto Socio Sanitario G2 le ESC di riferimento hanno collaborato con la referente dei Consultori della ASL Rm 5 (e ginecologa presso il Consultorio di Guidonia) per la realizzazione di attività di promozione e sensibilizzazione sanitaria presso i consultori di Guidonia e Setteville. Il programma di attività è stato preceduto da un incontro rivolto a 8 operatori sanitari coinvolti nei servizi dei Consultori, che aveva l'obiettivo di sensibilizzare lo staff in merito all'approccio interculturale per garantire percorsi più efficaci di assistenza sanitaria rivolti a persone straniere. Gli incontri presso i Consultori di Guidonia e Setteville (compresa la partecipazione alla Giornata dedicata alla Campagna di promozione del Pap-Test), hanno visto la partecipazione complessiva di 47 donne. Presso il consultorio di Setteville le operatrici coinvolte (la responsabile del servizio e l'ostetrica) hanno impostato l'incontro integrando tematiche relative alla Salute della Donna e tematiche di rilievo per la cura dei neonati e dei bambini (all'incontro hanno peso parte numerose mamme con i loro bambini ed alcuni papà), prestando particolare attenzione all'alimentazione nelle gestanti e nei neonati, con il supporto tecnico di una nutrizionista e di un pediatra.

Una ESC senior è stata inoltre coinvolta nelle attività routinarie del consultorio di Guidonia, come accompagnamento e supporto alle operatrici socio sanitarie per la gestione di casi di donne straniere (8 accessi, in due casi con l'accompagnamento del marito) con maggiori difficoltà linguistiche e problematiche peculiari, di varia provenienza (Nigeria, Ghana, Burkina Faso, Camerun, Etiopia, Egitto). E' stato inoltre realizzato un incontro di

sensibilizzazione presso una abitazione privata di Montecelio, con la partecipazione di 20 donne, provenienti da India, Ecuador, Cile, Brasile.

Accogliendo la richiesta di alcune donne straniere in contatto con una ESC senior operativa nel Distretto G2, due attività sono state realizzate sul territorio del Distretto Socio Sanitario G5 (Distretto di Palestrina): a Zagarolo si sono riunite 12 donne (provenienti da Niger, Tanzania, Etiopia) presso una abitazione privata; a Palestrina è stato organizzato un evento di sensibilizzazione che ha visto la partecipazione di 41 persone (26 donne e 15 uomini) provenienti da Perù, Bolivia e Filippine.

Nel territorio di Roma le ESC coordinate da OIM hanno organizzato interventi presso il Consolato del Perù e l'Ambasciata Etiope, con una partecipazione complessiva di 92 persone (di cui 73 donne). Altri 3 eventi presso sedi di associazioni (tra cui ARCI) hanno raggiunto 130 persone, in prevalenza di nazionalità Etiope, Eritrea, Peruviana.

Di grande rilievo il ruolo dell'Associazione Interculturale Griot e della presidentessa Marguerite Lottin: grazie alla forte rete di collaborazione attivata da diversi anni con Associazioni e Comunità di stranieri, sono stati organizzati 22 incontri rivolti a numerose comunità di varia nazionalità (tra cui Madagascar, Repubblica Centrafricana, Perù, Camerun, Nigeria, Sri Lanka, Ghana, Etiopia, Moldova) che hanno complessivamente coinvolte oltre 830 persone.

Numerosi incontri si sono svolti a Roma presso luoghi di ritrovo delle comunità e in occasione di feste e celebrazioni, come nel caso delle Comunità Moldava, Cingalese, della Repubblica Centrafricana, Peruviana e di vari paesi dell'America Latina. Efficace il coinvolgimento di Istituzioni e rappresentanti di comunità religiose, quali la Chiesa Valdese (particolarmente legata alle comunità del Madagascar a Roma), la Chiesa Protestante (che ha messo a disposizione un centro culturale per lo svolgimento di un incontro con la Comunità Ghanese), la Comunità Buddhista (che, insieme all'Associazione delle Donne Cingalesi di Roma e Lazio costituisce un grosso fulcro di aggregazione e mobilitazione delle donne provenienti dallo Sri Lanka).

Due incontri si sono svolti presso luoghi pubblici, ovvero una biblioteca e una Scuola. Nel primo caso l'incontro ha integrato i contenuti di carattere sanitario nell'ambito di un evento culturale, durante il quale si sono esibiti alcuni poeti stranieri e si è sviluppata una intensa discussione sul rapporto tra accoglienza, cultura e salute. Nel secondo caso si è trattato di un incontro rivolto a persone straniere sulla lingua italiana e l'offerta di altri servizi pubblici nel territorio di riferimento, inclusi i servizi sanitari; l'interazione con i docenti della Scuola e i referenti dell'associazione Griot ha suscitato l'interesse sulle tematiche di salute in particolare da parte delle donne provenienti da India e Pakistan, determinate a fine incontro a farsi promotrici dei messaggi di salute veicolati all'interno delle proprie comunità.

Quattro incontri sono stati realizzati a beneficio di Richiedenti Asilo e Titolari di Protezione accolti presso un CAS di Guidonia (RM), un CAS di Roma e un progetto SPRAR gestito dal Centro Santa Bakita di Roma. Presso i CAS l'infermiere coordinatore del Reparto di Medicina intensiva dell'Ospedale San Camilllo di Roma, coadiuvato dai referenti Griot e da un ESC OIM, ha presentato tutti gli aspetti più importanti della prevenzione, con focus sui metodi anticoncezionali, e si è discusso dell'importanza dell'igiene personale di accedere ai servizi di screening delle malattie sessualmente trasmissibili. Per molti partecipanti, in gran parte uomini, è stata la prima occasione dal loro arrivo in Italia in cui hanno potuto discutere di tematiche di salute. Anche gli incontri presso il Centro SPRAR Santa Bakita, che accoglie 20 donne e due bambini provenienti da differenti paesi dell'Africa e dalla Cina, hanno suscitato molto interesse tra le beneficiarie, che fino a quel momento non avevano mai avuto l'opportunità di partecipare a momenti di informazione e condivisione di tematiche sanitarie. Numerose le tematiche trattate (IVG, PAP Test e altri aspetti della Salute della donne, corretta alimentazione e buone pratiche di igiene personale) e i bisogni di salute riscontrati.

Complessivamente il programma di attività realizzato dalle ESC coordinate da OIM e dall'Associazione Interculturale Griot è stato particolarmente ricco per quantità e tipologia di eventi: sono state raggiunte oltre 1600 persone in oltre 80 incontri ed eventi. E' emersa la necessità di variare i contesti di realizzazione e i linguaggi, passando da registri più tecnici e formali in occasione di eventi presso Ambasciate/Consolati e i Servizi (sebbene nel corso di molti incontri presso i Consultori, dopo una prima parte di carattere informativo e tecnico, il registro sia divenuto più informale, laddove si è lasciato spazio al dialogo tra le partecipanti e gli operatori) a registri più informali nel caso di incontri presso luoghi di ritrovo (o di passaggio) delle comunità di stranieri. Efficace, laddove possibile, la "contaminazione" e l'integrazione con diverse tipologie di contenuti ed eventi, in particolare nel caso delle Comunità Peruviane di Roma, per le quali la modalità di integrare la promozione di tematiche e messaggi di Salute nell'ambito di eventi di carattere culturale e feste organizzate, è risultata la più efficace per garantire una buona partecipazione.

Alla luce del percorso illustrato sinteticamente, e tenendo presente il limite costituito dallo scarso tempo a disposizione per la realizzazione e la valutazione delle attività, è opportuno sottolineare i più importanti elementi di criticità, così come i punti di forza, emersi, sia a livello di osservazione dei gruppi beneficiari che di efficacia degli interventi messi in atto.

I percorsi di salute di molte donne incontrate sono fortemente influenzati dallo status lavorativo delle stesse. La maggioranza delle donne raggiunte presso i Distretti G2 e G6 lavora a Roma (molte sono collaboratrici familiari e assistenti di persone anziane, altre svolgono attività di pulizia presso alberghi ed altri esercizi commerciali), pertanto difficilmente hanno accesso ai servizi sanitari del territorio, i cui orari di apertura non sono compatibili con gli orari lavorativi. Per tale motivo è opportuno svolgere attività di promozione e informazione presso le stazioni ferroviarie, intercettando le donne che si spostano quotidianamente tra Roma e i centri della Provincia. Vista l'elevata incidenza di questi profili professionali tra le donne raggiunte, la tematica dello stress/pressione psicologica connessa al lavoro di cura, come fattore determinante dello stato di salute nel suo complesso, meriterebbe un ulteriore approfondimento.

La presenza disomogenea e frammentata delle comunità di stranieri nei Distretti della provincia non ha permesso di lavorare a partire da una consolidata conoscenza delle comunità da parte delle ESC senior e junior, laddove in molti casi non è nemmeno stato possibile selezionare ESC della stessa nazionalità dei beneficiari delle attività territoriali. Se da un lato questo elemento non è coerente con la strategia solitamente applicata nel modello ESC, dall'altro è emersa – peraltro in brevissimo tempo – la potenzialità di Educatori alla Salute di Comunità svincolati dalla nazionalità dei beneficiari. Si è intuito che per alcune comunità (soprattutto comunità non strutturate) la relazione con una figura di riferimento di diversa nazionalità in qualche modo facilita un processo di apertura, poiché si è meno timorosi del giudizio o del potenziale stigma sociale che potrebbe derivare dalla condivisione di situazioni personali con un connazionale. Al contrario, le attività realizzate a Roma hanno enormemente beneficiato di relazioni e contatti pregressi tra ESC e comunità di connazionali (in particolare nel caso delle Comunità Etiope, Peruviana, Camerunense), e tale valore aggiunto sembra essere imputabile alla consolidata esperienza delle comunità di stranieri nelle dinamiche di associazionismo e mobilitazione culturale.

Dal contatto con gli operatori sanitari e le associazioni è emerso un forte bisogno di estendere le attività di promozione sanitaria ai Richiedenti Asilo e Titolari di Protezione Internazionale assistiti presso numerosi Centri di Accoglienza Straordinaria e Progetti SPRAR. Sebbene i RTPI non costituiscano il gruppo prioritario di beneficiari, si ritiene opportuno elaborare per il futuro una strategia di applicazione del modello ESC per questo tipo di beneficiari, i quali – come ha dimostrato il buon esito degli incontri realizzati dall'Associazione GRIOT presso 3 Centri - dimostrano grande apertura e interesse verso le tematiche di salute e di accesso ai servizi.

#### 2.2 Toscana

## 2.2.1 Fase analisi

In questo lavoro presentiamo 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). 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. 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.

#### Grosseto

La fase di analisi a Grosseto si è concentrata sul target materno infantile. In sede di progettazione, infatti, era stata ravvisata da alcuni testimoni privilegiati una serie di criticità nella fruizione dei servizi del Consultorio e la tendenza ad un uso inappropriato del Pronto Soccorso.

Nel 2016 hanno acceduto al consultorio dell'Area Grossetana 1.153 donne straniere (15% del totale) per complessive 3.741 prestazioni (22% del totale) ed un rapporto di 3,2 prestazioni per utente (2,1 per le italiane).

La principale nazionalità è di gran lunga quella rumena (24%), seguita da quella albanese (12%), ucraina (10%), moldava (9%) e marocchina (7%).

L'area di intervento principale è quella della maternità con ¾ delle prestazioni, seguono poi la prevenzione oncologica e, a notevole distanza, la contraccezione e le IVG.

I parti avvenuti nel 2016 sono 1.411 e di questi 425, ossia il 30%, sono di donne straniere. Le principali nazionalità sono la rumena, l'albanese, la moldava e la macedone. Non si riscontrano sostanziali differenze tra straniere ed italiane circa le modalità del parto.

Il focus group di Grosseto (25 ottobre 2017) ha riunito 20 partecipanti in rappresentanza sia degli operatori pubblici dei servizi sanitari e socio-sanitari, sia rappresentanti delle principali comunità straniere presenti sul territorio, sia mediatori culturali ed ha permesso di verificare nel dettaglio i bisogni dell'utenza straniera per quanto riguarda i servizi materno-infantili e, più in particolare, il percorso nascita, individuandone le criticità e offrendo indicazioni utili per la programmazione del corso di formazione.

Queste le principali evidenze del focus group:

- ✓ Fattori che possono ostacolare l'accesso ai servizi socio-sanitari
  - ✓ Aspetti generali:

- ✓ Alcuni fattori deterrenti riguardano le popolazioni migranti in generale, come le difficoltà linguistiche o di spostamento, altri, invece, sono propri di particolari categorie di migranti, come le difficoltà che si incontrano nell'instaurare una relazione di fiducia con le richiedenti asilo, spesso vittime di violenze o maltrattamenti.
- ✓ problematiche legate agli aspetti culturali, e quindi al modo di vivere e percepire l'intervento sociosanitario. Sono state segnalate quelle che, da parte degli operatori, vengono percepite come comunità "a rischio", per la maggior diffidenza e chiusura nei confronti del nostro sistema.

# ✓ Barriere della persona migrante:

- ✓ In primo luogo, <u>la lingua</u>, che sempre ostacola la possibilità di godere a pieno del servizio offerto, o peggio ancora, dissuade dall'intraprendere qualsivoglia percorso.
- ✓ <u>Gli spostamenti</u>, la difficoltà di raggiungere i luoghi in cui viene offerto il servizio ai giusti orari, e in tempo, per non vanificare l'intervento dei servizi (più volte è emerso che l'accesso dipende dalle disponibilità della figura maschile di riferimento).
- ✓ Difficoltoso, e per alcune comunità (come quella cinese) del tutto assente, l'accesso al pronto soccorso pediatrico.
- ✓ <u>Le "barriere culturali"</u>, che impediscono una reale comprensione degli interventi dei servizi, spesso vissuti come una violenta ingerenza nella propria intimità. L'esperienza, percepita come negativa, si ripercuote poi in altri ambiti e relazioni: nell'ambito familiare e comunitario, perché i racconti condizionano la visione generale, nella relazione madre-bambino, se il parto o il percorso di accompagnamento al parto sono stati vissuti in maniera negativa, nella relazione madre-compagno, e altro ancora.
- ✓ La cultura di appartenenza influisce poi sulle conoscenze in materia di contraccezione. Viene infatti segnalato un utilizzo improprio dell'interruzione volontaria di gravidanza (in particolar modo fra le donne di provenienza rumena e fra le ospiti dei centri di accoglienza), e l'aumento delle malattie sessualmente trasmissibili.
- ✓ La cultura di appartenenza influisce anche sulla percezione della violenza eventualmente subita. Viene fatto presente che, ad esempio, le donne nigeriane non avvertono la violenza come tale, ma la vivono quasi come normalità. Per questo non percepiscono un'esigenza di sostegno, un bisogno di aiuto, ma solo un senso di disagio.
- ✓ <u>Le esperienze vissute soprattutto dalle donne richiedenti asilo</u>, i traumi subiti, le gravidanze frutto di violenze, e con tutto questo la grandissima difficoltà di instaurare una relazione di fiducia, di creare un contatto, prima con il personale socio-sanitario, poi con il bambino stesso.
- ✓ <u>Il particolare status, giuridico e sociale, delle richiedenti asilo</u>. L'incertezza sulla stabilità o meno della loro permanenza sul nostro territorio rende tutto più difficile: si rischia di iniziare un percorso che non potrà avere termine, o si decide proprio di non iniziarlo per la paura che questa instabilità lo renda vano.
- ✓ L'assenza totale di una rete familiare o amicale cui fare riferimento. Queste donne sono sole, *o con compagni di fortuna*.
- ✓ <u>La diffidenza</u> di molte donne, in parte dovuta alle difficoltà linguistiche (si pensi in particolar modo alle donne di provenienza turca o macedone), in parte alle peculiarità culturali, che rende difficile, se non impossibile, la creazione di un rapporto con il personale dei servizi.

- ✓ Barriere nell'offerta dei servizi socio-sanitari:
  - ✓ Dagli interventi dei partecipanti è emersa più volte la presenza di criticità del Percorso Nascita, così come strutturato, con riferimento alle donne ospiti dei centri accoglienza.
  - ✓ Gli operatori sanitari lamentano l'impossibilità di capire lo stato di avanzamento della gravidanza e altri aspetti fondamentali nella tempistica di una normale visita (arrivano donne la cui storia è sconosciuta a tutti, che non hanno fatto visite né esami). Per questo e tanti altri motivi, si pensi anche alle peculiarità di alcune situazioni (traumi psichici, violenze subite...), i partecipanti all'odierno incontro sottolineano la necessità di migliorare l'attuale percorso quando le interessate sono richiedenti asilo, ospiti di centri di accoglienza.
  - ✓ Emerge anche una criticità nella preparazione del personale per affrontare casi che vedono coinvolte donne appartenenti a culture profondamente distanti dalla nostra, che quindi non riescono a comprendere il senso di quello che viene fatto o chiesto dagli operatori, con tutto ciò che comporta in termini di disagio e sofferenza.
  - ✓ Si percepisce quindi la mancanza di un *mediatore formato*, che non sia semplice traduttore, per una *presa in carico* diversa, che tenga conto della particolarità di queste situazioni.
  - ✓ Si sottolinea anche la mancanza di un percorso per le vittime di violenza (costruito appositamente per le richiedenti asilo), che preveda il coinvolgimento di un'équipe multidisciplinare.
- ✓ *Nello specifico per le popolazioni target emerge che:* 
  - ✓ I problemi linguistici riguardano in particolar modo le comunità <u>turca</u> e <u>macedone</u>.
  - ✓ Il problema dell'utilizzo improprio dell'interruzione volontaria di gravidanza riguarda soprattutto le donne di provenienza <u>rumena</u> e le <u>ospiti dei centri di accoglienza</u>.
  - ✓ Per le donne soprattutto di provenienza <u>nigeriana</u> e <u>ucraina</u> si segnala una difficoltà/incapacità di percepire la violenza come tale, e quindi l'incapacità di esprimere una richiesta di aiuto.
  - ✓ Per le ospiti dei centri di accoglienza, quindi le richiedenti asilo, si lamenta una problematica più variegata: l'impossibilità, con il percorso attuale, di monitorare in maniera appropriata la gravidanza; la difficoltà di gestire situazioni di forte disagio, dovute a traumi, violenze subite, assenza di reti familiari o amicali, stato di incertezza giuridica...; come già detto, l'utilizzo improprio dell'interruzione volontaria di gravidanza.
  - ✓ <u>In generale</u>, problemi legati alla difficoltà degli spostamenti, mancato utilizzo (o errato, in tempi che non consentono più un proficuo intervento) del servizio di Pronto Soccorso Pediatrico (si segnala la totale assenza della comunità <u>cinese</u>), problemi legati alle diversità culturali e comune diffidenza.

✓ Proposte per migliorare l'accesso ai servizi socio-sanitari da parte della popolazione migrante



# - Da parte dei migranti:

- ✓ Si segnala la necessità di coinvolgere nella *presa in carico* delle persone che non siano semplici mediatori, ma veri e propri educatori di comunità, che abbiano un ruolo <u>riconosciuto anche a livello istituzionale</u>, accettati dai membri delle diverse comunità, anche se non appartenenti alla stessa comunità (a volte può bastare un *segno di riconoscimento*, come il colore della pelle, o la lingua, non essendo sempre necessario avere la stessa nazionalità).
- ✓ Emerge poi l'importanza di un forte coinvolgimento dei giovani e delle figure religiose, che possono veicolare un messaggio all'interno delle comunità più chiuse. Alcune partecipanti raccontano esperienze di questo tipo, veicolate soprattutto attraverso i giovani, che hanno avuto esiti positivi.

# - Da parte degli operatori dei servizi:

- ✓ Si segnala la necessità di "costruire" un percorso nascita riservato alle donne ospiti dei centri di accoglienza, per le difficoltà sopra evidenziate. Si potrebbe partire con l'individuazione di fasce orarie dedicate alle visite solo per loro, dal momento che la tempistica di una normale visita potrebbe non essere sufficiente.
- ✓ Per le vittime di maltrattamenti, traumi, violenze, per le difficoltà causate dalle diversità culturali, e altro ancora, i partecipanti al focus sottolineano la necessità di una *presa in carico* diversa, che veda il coinvolgimento di personale formato (educatori di comunità), di équipes multidisciplinari, e l'aiuto dell'etnopsichiatria.
- ✓ Si pensa ad un piano formativo rivolto agli operatori socio-sanitari, volto a far comprendere le tecniche da utilizzare in determinate circostanze, e anche ad un piano formativo per gli educatori di comunità, che non dovranno essere semplici traduttori, ma portatori di un sapere che sia in grado di vincere barriere e diffidenze (il metodo potrebbe essere quello della peer education).

- ✓ Importante segnalare alcuni interventi che hanno voluto mettere bene in evidenza due aspetti che dovrebbero essere mantenuti distinti: da una parte il servizio sanitario, che dovrebbe garantire l'essenziale, cioè
- ✓ la salute della mamma e del bambino; dall'altra l'aspetto culturale, che ben potrebbe/dovrebbe far parte delle proprie intime convinzioni. Ad esempio: perchè incentivare per forza la partecipazione al corso pre-parto? E' davvero fondamentale per il benessere della mamma e del bambino? O può essere considerato come un aspetto che non attiene ai livelli essenziali della prestazione?

#### Firenze

La sempre maggiore incidenza delle interruzioni volontarie di gravidanza tra le donne con cittadinanza estera ci spinge a riflettere ed indagare i complessi e profondi "perché" dell'IVG. Affrontare questo tema in relazione ai soggetti migranti significa, interrogarsi su di esse, non solo in relazione ai dati, quindi alle fonti informative ufficiali, ma interrogarsi sui contesti di origine, sulla storia della salute riproduttiva, sui diversi approcci alla contraccezione. Questo è quello che abbiamo fatto su Firenze, concentrandoci sulle IVG tra le donne peruviane

In generale nel 2016 sono state effettuate presso IOT di Firenze 691 IVG di cui il 49,3% di donne straniere (341 in termini assoluti). Secondo gli operatori sanitari presenti ad focus group le donne peruviane sono una delle popolazioni che accedono maggiormente alle IVG e con IVG ripetute.

Ci sono due tipi di accesso al Palagi: i) servizio di pre-ospedalizzazione ospedaliero in cui la donna arriva già con una certificazione fatta dal medico curante o dal consultorio o da uno specialista privato, in questo caso può arrivare due giorni a settimana con accesso diretto; ii) oppure può arrivare in altri giorni per fare il certificato dove esplica al medico del consultorio la volontà di voler fare l'interruzione di gravidanza. È presente un ambulatorio dell'urgenza dove vengono fatti i certificati, una parte di appuntamenti CUP e una parte di accesso diretto.

Il poter accedere direttamente alla struttura senza certificato, senza dover ricorrere ad altri consultori o a medico curante, favorisce l'accesso al servizio. Inoltre, nell'azienda sanitaria Palagi le donne che si devono sottoporre alla IVG sono accolte in una sala d'attesa dove non sono presenti donne con il "pancione".

Complessivamente ai due focus group hanno partecipato 8 operatori (ostetriche, ginecologo, psicologa) e 6 donne peruviane, da cui emergono come fattori che possono ostacolare l'accesso ai servizi socio-sanitari:

# Barriere della persona migrante

- ✓ «Sono donne che spesso vengono sole, il ruolo del partner non esiste, l'essere rimasta incinta è un "problema" della donna, nel rapporto di coppia c'è molta distanza» (operatori sanitari). C'è un alto tasso di promiscuità. Emergono problematiche come: trascuratezza sociale, distanza tra i rapporti di coppia (l'essere donna significa sottomettersi al marito e fare figli). «Gli uomini peruviani sono i tipici che tentano di sedurre quante più donne possibile» (donna peruviana) è una popolazione che si rivolge agli operatori sanitari anche per motivi di violenza (subita dai partner, spesso facenti parte del nucleo familiare).
- ✓ «ricorrono alle IVG perché nel posto in cui lavorano non viene garantita la maternità, quindi per paura di essere licenziate rinunciano alla gravidanza» (operatori sanitari), inoltre in quanto lavoratrici dopo l'IVG non effettuano la visita di controllo per non perdere il giorno lavorativo. Del resto la relazione tra la scelta di abortire e la maternità "realizzata, desiderata o possibile" è strettamente connessa ai contenuti del progetto migratorio e all'aspetto occupazionale ed economico. E' evidente che la scelta di non voler figli o altri figli è collegata a situazioni di precarietà economica e sociale. Il tipo di occupazione diffusa tra le donne peruviane è

il lavoro domestico in cui da una parte, in una prima fase del progetto migratorio, assolve al problema di cercarsi un alloggio in cui vivere, al vitto ecc.., ma rimane comunque una situazione vissuta in termini di temporaneità e con scarsissima indipendenza. Dunque tanto le risorse economiche quanto quelle relazionali e affettive risultano determinanti nella scelta di abortire.

- ✓ Sono contrarie alla contraccezione post IVG per motivi religiosi (definita da un'operatrice "cultura alla rovescia"), per reazioni avverse al farmaco, cellulite, aumento di peso, dolore, oppure per il fatto di vedere la contraccezione come una scelta definitiva (desiderio di maternità tardiva perché sentono la mancanza dei figli rimasti in Perù e magari hanno un nuovo compagno che ne desidera uno, il fatto di fare figli significa essere donna a 360 gradi). «Sono molto teatrali nel rappresentare la propria sofferenza» (operatrice sanitaria). Spicca il rifiuto delle donne peruviane nell'assumere metodi anticoncezionali rispetto alle altre popolazioni, emerge dal FG che oltre le "lamentele" rispetto l'aspetto fisico ci sia la sensazione di essere paragonate a prostitute.
- ✓ La diffusione di un metodo anticoncezionale dipende dalla sua accettabilità da parte delle donne e degli uomini, che a sua volta è legata a numerosi fattori: economici, psicologici, medici, culturali, etici, religiosi e via dicendo. Nel nostro caso la mancanza di una cultura contraccettiva sembra avere radici lontane. Le motivazioni dichiarate rimandano alla complessa questione dei modelli interiorizzati relativi alla sessualità e alla procreazione. Le intervistate enfatizzano i problemi causati dall'anticoncezionale, scarsa conoscenza, disattenzione e l'assenza di condivisione con il partner. Motivazioni dunque varie, che sottendono questioni tutt'altro che semplici o banali, relative alla sfera della corporeità, della sessualità e alle relazioni di coppia, in cui riecheggia una cultura patriarcale e maschilista.

Barriere nell'offerta dei servizi socio-sanitari

Si rileva un dato positivo, cioè l'assenza di aborti clandestini.

Proposte per migliorare l'accesso ai servizi socio-sanitari da parte della popolazione migrante

# Da parte degli operatori:

- ✓ Brochure/ app telefoniche sulla contraccezione
- ✓ Incontri sul tema della contraccezione con la popolazione, sia maschile che femminile nei luoghi di ritrovo (Cascine, Piazza Indipendenza, Chiese).
- ✓ Incontro educativo sul tema della contraccezione nelle scuole medie e superiori
- ✓ Formazioni sul tema per i mediatori LC
- ✓ Stabilire dei contatti con gli psichiatri che lavorano nel "Centro Uomini Maltrattanti".

# Da parte delle donne peruviane:

- ✓ Lavorare molto sui rapporti tra uomo e donna e sul maschilismo.
- ✓ Volantini con informazioni sul consultorio da distribuire alle cascine (giovedì e sabato), in centro (borgo pinti) e alla stazione.

## Arezzo

Studi recenti indicano tra i problemi di salute che caratterizzano la popolazione straniera residente la scarsa adesione da parte delle donne immigrate agli inviti per lo screening cervicale (Progetto PIO inserito nell'ambito del Programma Integrato in Oncologia finanziato dal Ministero della Salute; 13°Rapporto Annuale ISPO; ARS 2016). Sebbene il

programma di screening inviti tutte le donne residenti nella fascia di età bersaglio dello screening, in modo totalmente gratuito e senza distinzione di nazionalità, la partecipazione delle donne immigrate è risultata minore di quella delle donne autoctone. Si rileva un andamento crescente della partecipazione nel tempo per tutte le donne, però è anche aumentato il gap assoluto di partecipazione fra le donne nate in Italia e le donne immigrate (ISPO, 2013).

Gli ultimi dati toscani disponibili (ARS, 2016), relativi al 2014, mostrano un'adesione più bassa fra le persone appartenenti alla PFPM (Paesi a forte pressione migratoria). Nell'analisi dei dati occorre anche tener conto che gli stranieri "meno stabili" sono difficilmente raggiungibili dalle lettere d'invito al programma a causa dei frequenti cambi di residenza.

Ciò nonostante i risultati descritti nel Rapporto ARS suggeriscono la necessità di orientare l'accesso ai Servizi di prevenzione tenendo conto delle differenze etniche e culturali da cui è composta la nostra popolazione.

Passando all'analisi dei dati 2016 sull'adesione allo screening cervicale nel territorio della provincia di Arezzo e stato di nascita delle principali nazionalità presenti si evince:

- una differenza rilevante tra le italiane nei cinque distretti: dal 60,5% di adesione del Valdarno al 47,6% della Valdichiana;
- una diversa adesione della stessa nazionalità nei distretti: dal 63,4% di adesione delle donne rumene del Valdarno al 36,4% delle donne rumene in Valdichiana;
- scarsa partecipazione al programma di screening per le donne del Bangladesh e dell'India, con oltre 20 punti percentuali di differenza rispetto alle italiane.

Hanno partecipato ai focus group 6 donne bangladesi e tre operatori sanitari (il responsabile programma screening di Arezzo, la responsabile del Consultorio di Arezzo e la referente per la salute dei migranti dell'Azienda USL Toscana Sud Est).

L'organizzazione del servizio di screening cervice prevede che:

- ✓ La popolazione bersaglio è costituita dalle donne residenti nella fascia d'età 25-64 anni e vengono invitate a effettuare un pap test ogni tre anni. Nella provincia di Arezzo la popolazione target è di 95.000 donne, all'incirca e 32.000 ogni anno vengono invitate ad effettuare il pap test.
- ✓ L'invito è per lettera, firmata dal medico di base.
- ✓ Il programma è regionale quindi ogni ASL invita le residenti, questo per non avere sovrapposizioni. Il programma come linee di struttura è regionale e addirittura nazionale perché c'è un organismo presso il Ministero della Salute che è l'Osservatorio Nazionale Screening che fa delle linee guida che poi vengono tradotte a livello regionale che poi vengono calate nella realtà operativa.
- ✓ Il 2018 rappresenta il momento di transizione fra due metodiche di screening. Finora è stato usato il prelievo citologico che effettuano le ostetriche e che viene strisciato su un vetrino colorato (pap test), mentre a breve ci sarà il passaggio ad un approccio misto che dipende dall'età della donna. Su alcune fasce d'età si è dimostrato più efficace il test HPV cioè un test di biologia molecolare che rispetto al pap test è un test di laboratorio. Questo test di biologia molecolare si fa dopo i 34 anni, età in cui la maggior parte ha incontrato il virus e se non è guarita è candidata alla progressione, mentre tra i 25 e i 34 anni è meglio fare il pap test perché riconosce le alterazioni indotte dall'infezione quindi vede se si è innescata la strada verso la displasia. Il pap test si fa ogni 3 anni, l'HPV ogni 5 anni, ad oggi costituisce una complicazione poiché occorrerà passare da tre a cinque anni e andrà fatto con un meccanismo ammortizzatore.
- ✓ La risposta arriva a casa, nel caso di positività nel territorio di Arezzo anche il medico di base viene informato. Viene fatto un doppio canale per i casi positivi: medico di base e lettera. Successivamente (secondo livello) la

donna è invitata a contattare telefonicamente il centro per appuntamento specialistico. Il medico di base è avvertito in modo che possa fare da sostegno alla paziente, però è la paziente che deve ritelefonare in base alla risposta. La risposta è a nome del responsabile organizzativo o il responsabile clinico a seconda degli screening però c'è scritto chi lo legge e c'è scritto il riferimento dell'esame che è l'aspetto medico-legale.

# Fattori che possono ostacolare l'accesso ai servizi socio-sanitari

# Barriere della persona migrante:

- ✓ In primo luogo, la lingua, che sempre ostacola la possibilità di godere a pieno del servizio offerto. Nello specifico la lettera per lo screening non viene capita dalle donne bangladesi. Come afferma la responsabile del consultorio «parlando delle bengalesi, quando ricevono la risposta di un pap test, le poche che vengono non capiscono la risposta positiva perché non leggono l'italiano e perché non è di facile comprensione per cui prendono questa rispostina, la piegano però non capiscono».
  - «Alcune donne mi hanno detto che non avevano capito la lettera» (mediatrice linguistico culturale).
- ✓ Le "barriere culturali e diffidenza", che impediscono una reale comprensione degli interventi dei servizi: «molte non sanno cos'è un pap test. Le donne sposate ci vanno ma hanno paura che esca qualcosa di brutto, poi come fanno con la famiglia del marito? Le donne non sposate sono vergini quindi fare il pap test è un problema» (donna bangladese).
- ✓ Scarsa conoscenza del servizio di screening nel Paese di origine: «In Bangladesh non sapeva cos'era però ora si fa anche là. Le persone che sono in Italia da alcuni anni non lo sanno, quelle che arrivano ora invece sì, perché lo fanno anche in Bangladesh» (donna bangladese).
- ✓ Le caratteristiche stesse delle donne bangladesi. Molte arrivano per ricongiungimento familiari. Si sposano giovani, molte prima dei 25 anni.

# Barriere nell'offerta dei servizi socio-sanitari:

- ✓ Il programma è solo per le residenti, quindi lascia fuori una fetta della popolazione.
- ✓ La lettera, in particolare la risposta, non viene compresa.
- ✓ Il programma è regionale, per fare delle variazioni anche la semplice traduzione della lettera deve essere approvato dal Centro regionale.
- ✓ Bassa adesione al secondo livello.
- ✓ Sono state sperimentate soluzioni ad hoc per non perdere le non residenti. Nel consultorio di Arezzo, il pap test a inizio gravidanza riguarda e molte delle partecipanti non in screening, essendo giovani ed arrivate da poco. «Non tutte vanno nella programmazione perché magari ancora non sono residenti così per loro abbiamo fatto un percorso particolare per non perderle (responsabile consultorio): faccio loro aprire degli slot con segnato il pap test in gravidanza. Io conterei anche loro. Nel frattempo, in teoria, loro si regolarizzano e in teoria a voi screening arriva la comunicazione che io gliel'ho fatto con prenotazione CUP. Da quel momento, se il test è negativo, ti richiamo io tra tre anni, ti richiamo io screening» (resp. consultorio).
- ✓ 2018: periodo di transizione verso il test HPV per chi ha più di 34 anni, genererà alcune difficoltà di comunicazione e armonizzazione. La bozza del testo della lettera prevede "Gentile signora, la sua Asl in collaborazione con i medici di famiglia, la invita a partecipare allo screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero. Se risponderà al nostro invito, un'ostetrica le farà il prelievo per il test di screening che sarà dimesso a seconda della sua età.

Proposte per migliorare l'accesso ai servizi socio-sanitari da parte della popolazione migrante:

Da parte delle donne migranti:

- ✓ Si segnala la necessità di tradurre la lettera
- ✓ di promuovere corsi di L2 per donne con bambini piccoli
- ✓ la presenza del servizio di mediazione linguistico culturale

Da parte degli operatori dei servizi:

- ✓ coinvolgere maggiormente di medici di medicina di base;
- ✓ comunicare e promuovere lo screening durante i corsi preparto in lingua che sono molto partecipati dalle donne bangladesi (anche per le seconde gravidanze);
- ✓ la necessità di coinvolgere nella presa in carico delle persone che non siano semplici mediatori, ma veri e propri educatori di comunità, che abbiano un ruolo riconosciuto anche a livello istituzionale.

### 2.2.2 Formazione e selezione

Il Centro di Salute Globale della Regione Toscana è stato responsabile della *formazione degli operatori socio-sanitari* per i territori toscani coinvolti nel progetto (Firenze, Arezzo e Grosseto). Questa fase ha rappresentato un momento centrale del progetto. Infatti, dopo la fase di ricerca e di individuazione dei temi di salute in ogni territorio, la formazione del personale socio-sanitario è stata pensata per rafforzare le conoscenze degli operatori sulle tematiche legate alla salute dei migranti, anche perché nella fase di implementazione le educatrici di salute di comunità potessero avere degli interlocutori di riferimento.

Grazie alla collaborazione con Formas, ente della Regione Toscana preposto all'organizzazione della formazione per il personale sanitario, il corso è stato accreditato per il personale sanitario per tutte le sedi. Per gli assistenti sociali, la loro partecipazione è stata prevista soltanto nella sede di Grosseto e quindi il corso è stato accreditato all'Ordine degli Assistenti Sociali soltanto per quelle date.

# Chi ha partecipato?

In tutti i territori scelti nella Regione Toscana, il Centro di Salute Globale ha usato un duplice canale per l'individuazione degli operatori socio-sanitari. In primo luogo, sono stati coinvolti i responsabili dei Consultori, Punti Nascita e Dipartimenti Materno Infantili che già avevano partecipato alla prima fase di ricerca del progetto tramite interviste e focus group. In questo modo, chiedendo loro di identificare il personale che avrebbe preso parte alla formazione, si è potuta garantire una partecipazione degli operatori omogenea sia a livello territoriale che dei servizi. Inoltre, il Centro di Salute Globale si è avvalso della Rete dei Referenti Aziendali per la Migrazione. Dal 2016 sono stati infatti individuati dei Referenti (per ogni ASL e per ogni zona distretto), che costituiscono un punto di riferimento aziendale e territoriale sulle tematiche legate alla salute dei migranti. Anche in accordo con queste figure, sono state identificate le persone che hanno partecipato alla formazione.

Si è scelto di formare dei gruppi di 10-15 persone per ogni territorio, perché, quando possibile, è stata utilizzata una metodologia non frontale e partecipata, con lavori di gruppo, analisi di casi di studio e discussione. Le persone formate

potranno in futuro rappresentare un punto di riferimento per i colleghi sulle tematiche legate alla salute dei migranti e anche mettere in atto strategie di peer education e trasmissione di quanto appreso nel percorso formativo.

Nel caso di Firenze, in cui il tema scelto è stato quello delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza nelle donne peruviane, la selezione dei partecipanti è avvenuta principalmente tramite la Responsabile dei Consultori della ASL Toscana Centro, che è anche Responsabile del Consultorio dell'Ospedale Piero Palagi, luogo di centralizzazione delle IVG su Firenze per la ASL Toscana Centro. Il gruppo dei partecipanti, di 7 persone, era formato da 2 medici ginecologi, 2 ostetriche e 3 infermieri afferenti all'area materno-infantile e provenienti non solo da Firenze ma anche da Prato e Pistoia.

Nel territorio aretino, il tema scelto è stato quello dello screening per il tumore della cervice uterina (Pap Test), con particolare riferimento alle donne provenienti dal Bangladesh. Anche in questo caso, l'individuazione è avvenuta tramite la Responsabile dei Consultori di Arezzo e tramite la Referente per la Migrazione della ASL Toscana Sud Est, che ben conosce il territorio. I partecipanti alla formazione sono stati 12, tra ginecologi, ostetriche e infermieri.

Nel territorio grossetano, il tema scelto è stato quello più generale della salute sessuale e riproduttiva e del percorso nascita. Anche in questo caso, l'individuazione è avvenuta tramite la Responsabile dei Consultori di Grosseto e tramite la Referente per la Migrazione della ASL Toscana Sud Est. I partecipanti alla formazione sono stati 17, tra ginecologi, pediatri, ostetriche, psicologhe del Consultorio, assistenti sociali.

#### I contenuti

Il Centro di Salute Globale è stato responsabile anche degli aspetti di elaborazione dei contenuti e di scelta dei docenti. Il corso è stato articolato in 15 ore totali suddivise in tre incontri e ed è stato ripetuto senza variazioni in tutti e tre i territori toscani coinvolti.

L'obiettivo di questa formazione è stato quello di rafforzare le conoscenze degli operatori sul tema della salute dei migranti, e di farlo attraverso informazioni che potessero essere utili e spendibili nelle attività lavorative quotidiane degli operatori.

In particolare, si è scelto di fornire un quadro introduttivo al tema della salute globale e della migrazione, anche con riferimento alla situazione toscana e alla normativa. È stato poi approfondito l'aspetto della relazione col paziente e con la diversità culturale, che rappresenta un elemento centrale nell'attività quotidiana lavorativa degli operatori.

Qui di seguito, il programma dettagliato delle giornate e degli argomenti affrontati.

# Primo incontro (5 ore):

- Salute globale e determinanti di salute
- Chi sono gli stranieri in Toscana? Numeri e principali nazionalità presenti
- Profilo epidemiologico degli stranieri in Toscana
- Aspetti normativi: i diversi profili giuridici; i principi che regolano il diritto alla salute; chi e come accede ai servizi sanitari

# Secondo incontro (5 ore):

- Cos'è l'antropologia medica?
- Salute, malattia e migrazione
- Corpo e persona: dal to cure al to care
- Sofferenza sociale e percorsi migratori

## Terzo incontro (5 ore):

- Medicina tradizionale e complessità dei contesti di origine
- Salute mentale e migrazione
- Donne migranti e narrazione della malattia: storie di vita

### I risultati

Il percorso di formazione rivolto agli operatori socio-sanitari ha portato degli ottimi risultati.

A livello quantitativo, nei tre territori coinvolti sono stati formati 36 operatori socio-sanitari. Considerando anche l'arco di tempo ristretto in cui si è svolto il progetto, si tratta di un numero soddisfacente, anche perché queste persone potranno poi rappresentare un punto di riferimento per i colleghi e trasmettere le informazioni acquisite anche in modalità di *peer education*.

È emerso un generale interesse da parte degli operatori socio-sanitari riguardo le tematiche affrontate nel corso. Infatti, questi operatori si trovano ormai da tempo ad interagire con l'utenza migrante, ma non hanno mai ricevuto una formazione specifica su questi temi, né indicazioni sulla normativa o sulle questioni culturali legate alla salute, alla malattia e al corpo. Inoltre, mancano momenti dedicati al confronto tra operatori riguardo a casi particolari o questioni emerse durante la pratica quotidiana.

Abbiamo infatti riscontrato maggiore interesse laddove le questioni affrontate e discusse sono state avvertite come più urgenti e frequenti, e dove sono stati gli operatori stessi a proporre casi ed elementi di discussione. Per questo, ci è sembrato molto importante condividere i contenuti del corso con gli operatori anche in fase di progettazione e organizzazione, in modo da individuare le questioni per loro più interessanti.

Il percorso formativo svolto, anche a causa del tempo ristretto del progetto, ha rappresentato una piccola sperimentazione del modello ESC e dell'organizzazione necessaria a supportare tale modello. Possiamo comunque pensare che le modalità organizzative e i contenuti scelti possano essere considerati validi anche in una futura e più ampia messa a regime del modello.

# Parallelamente è stato realizzato il corso per Educatori alla Salute di Comunità.

# I partecipanti

Complessivamente hanno partecipato al corso 30 aspiranti Educatori alla Salute di Comunità

A Firenze 8 donne e 2 uomini, ad Arezzo 10 donne in gran parte bengalesi, mentre a Grosseto 8 donne e 2 uomini.

Alcune persone lavoravano già nei territori come mediatori linguistici culturali, altri invece no.

### I contenuti

Il corso si è articolato in sei moduli indirizzati a fornire strumenti e sviluppare competenze per innescare processi di empowerment - partendo da sé stessi per coinvolgere le comunità – per accedere in modo appropriato ed efficace a percorsi di salute consapevoli e adeguati alle proprie necessità. La prima giornata di formazione – comune agli operatori sanitari – è stata funzionale all'introduzione del progetto e del modello ESC e a inquadrare il progetto nella cornice del fenomeno migratorio, nella sua natura multidimensionale e con le complesse implicazioni in ambito di accesso ai servizi sanitari. Il percorso è proseguito con un modulo di approfondimento della figura dell' ESC (chiarendone specificità e differenze rispetto alla figura del Mediatore Linguistico Culturale), declinando in modo partecipato e interattivo le competenze chiave, quali la capacità di generare fiducia, di comunicare in modo assertivo e positivo con le comunità migranti e con gli operatori, l'abilità di osservazione e analisi dei servizi, riconoscendone

l'inclusività o al contrario identificando le barriere e i malintesi culturali che limitano l'accesso ai servizi da parte delle comunità di stranieri.

Poi c'è stato un modulo tematico sul tema di salute affrontato in ciascun territorio (IVG per Firenze, Screening alla cervice per Arezzo, Percorso nascita per Grosseto). I successivi moduli hanno avuto l'obiettivo primario di approfondire i processi e i meccanismi di empowerment comunitario in salute - veicolando strumenti operativi per la promozione/comunicazione efficace di messaggi di malute - e di tornare a ragionare sulla figura dell'ESC, nell'ambito della cornice di riflessione definita "sviluppare sè stessi". Attraverso attività di brainstorming e la visualizzazione grafica degli input che sono progressivamente emersi dai partecipanti è stata costruita la mappa concettuale dell'ESC. Questa rappresentazione è servita a: far emergere caratteristiche ed emozioni positive e negative di ciascuno, associandole progressivamente al ruolo dell' ESC; riflettere di conseguenza sul ruolo dell' ESC, sulle potenzialità e sulle capacità che occorre sviluppare e mettere in atto; riflettere sulle difficoltà di accesso ai servizi e su come possono essere risolte e grazie al contributo: di una ESC, di un gruppo di ESC, dell'ESC insieme alla comunità, dell'ESC insieme all' operatore sanitario, di tutti gli attori coinvolti. Nel corso dell'ultimo modulo previsto - programmazione di un intervento integrato (comune al percorso per operatori) – gli Educatori alla Salute di Comunità formati hanno potuto mettere a frutto le competenze acquisite e i numerosi stimoli veicolati nei precedenti moduli, progettando, in collaborazione con gli operatori socio-sanitari interventi di promozione di salute da svolgersi presso comunità di stranieri. Dalla discussione e valutazione partecipata del corso con i partecipanti è emersa la necessità di approfondire anche per gli Educatori alla Salute di Comunità, gli aspetti normativi che regolano l'accesso dei cittadini stranieri al SSN, pertanto è stata organizzata una sessione di integrativa su queste tematiche.

# Risultati e selezione

Il percorso di formazione ha dato ottimi risultati in termini di coinvolgimento, motivazione ed attivazione dei partecipanti. Uno dei valori aggiunti è rappresentato anche dalla presenza di uomini. I temi di salute affrontati tendono di per sé ad una maggior adesione da parte delle donne, invece è stato utile ed interessante il punto di vista maschile.

La principale criticità ha riguardato la formazione congiunta sul territorio di Firenze a causa della scarsa partecipazione da parte degli operatori sanitari.

Per la selezione è stata costituita un'apposita commissione con la finalità di valutare eventuali titoli attinenti, esperienze, livello di integrazione nella comunità di riferimento, partecipazione attiva al corso, ed altro ancora, per poi scegliere tra i candidati le persone che sarebbero diventate ESC a tutti gli effetti.

Sono state selezionate 6 educatrici di salute di comunità per Grosseto, 4 per Firenze e 4 per Arezzo.

# 2.2.3 Implementazione

Dopo la selezione sono stati organizzati in ciascun territorio 1 o 2 incontri di orientamento e programmazione coordinata delle attività tra ESC e operatori sanitari.

Sono stati organizzati sia incontri estesi alle diverse comunità, che prevedevano dunque il coinvolgimento di tutte le ESC, che incontri per così dire mirati, per singole comunità, o singole persone, portati avanti da una sola ESC, e in luoghi più familiari, o di normale incontro.

# Finalità di questi incontri:

• sensibilizzare le comunità straniere sul tema di salute prescelto, e dunque sul percorso Nascita, i servizi materno-infantili, i percorsi di screening, salute riproduttiva e in generale tutti i servizi cosultoriali;

- creare un legame di fiducia con i partecipanti, per poter diventare un punto di riferimento costante per loro;
- divulgare il messaggio riguardante l'operato di questa nuova figura dell'Educatore di Salute di Comunità, fondamentale per agevolare l'accesso ai servizi, e per migliorarlo.

Le (e il) nostre/o ESC hanno dunque organizzato questi incontri, operando, come detto, sia da sole, a casa o in altri luoghi di normale incontro, privati, pubblici o aperti al pubblico, che insieme, in ambiti più "istituzionali", estendendo l'invito agli appartenenti a comunità diverse.

Il programma degli interventi è stato realizzato in un arco temporale molto ristretto, prevalentemente nel mese di marzo 2018. Sono stati raggiunti circa 500 persone (189 per Grosseto, 118 per Firenze e 191 per Arezzo), nella maggior parte donne.

Sono stati realizzati incontri di promozione della salute nei Consultori, nelle Case della salute del territorio aretino, nella Casa delle culture di Arezzo (festa della lingua madre del Bangladesh e festa della donna), nel Consolato peruviano di Firenze, al Polo delle Scienze Sociali dell'Università di Firenze, durante la festa dell'associazione Viva il Perù, nella biblioteca di Ribolla (Grosseto), presso lo sportello info immigrati di Grosseto e presso la Banca Tema di Grosseto.

Agli incontri erano presenti anche operatori sanitari, per illustrare al meglio i servizi offerti dalle strutture deputate, rispondere alle numerose domande e curiosità, creare un primo contatto con i potenziali utenti del servizio.

Accanto a questa tipologia di incontri sono stati realizzati incontri informali con piccoli numeri presso le abitazioni o in altri luoghi di aggregazione informale. Fondamentale è stato anche il coinvolgimento delle richiedenti asilo, ospiti dei centri di accoglienza straordinari.

Il progetto si configura nonostante un periodo di attivazione molto ridotto si dimostra essere una sperimentazione interessante per la promozione di salute di comunità a livello locale. Ci soffermiamo ora su quelli che a nostro avviso sono alcuni aspetti significativi del percorso:

- -forte il legame venutosi a creare con le ESC.
- la divulgazione del messaggio: aver incontrato e parlato con queste persone significa aver parlato con le mille altre da queste conosciute.

In generale, l'obiettivo iniziale di costruzione di uno scenario per la promozione della salute delle donne è stato conseguito, anche se con un arco temporale così limitato non possiamo valutare l'impatto in termini di riduzione delle IVG, accesso ai programmi di screening e percorsi nascita. Due tipi di risultati a nostro avviso sono stati raggiunti: uno in termini di processi reali di cambiamento, concretizzatisi negli incontri in consultorio e nelle equipe di lavoro; l'altro in termini di acquisizione di conoscenze, informazioni ed auto riflessione da entrambe le parti (operatori sanitari e donne

e uomini stranieri) utili a migliorare la comunicazione e l'ascolto reciproco.



# 3. Comunicazione e disseminazione

Al fine di garantire la restituzione dei risultati ai soggetti coinvolti e la loro diffusione alla cittadinanza, sono stati utilizzati diversi strumenti di comunicazione:

- 1) materiale informativo relativo al progetto:
  - 500 brochure di presentazione del progetto;
  - 500 brochure di presentazione del convegno "Benessere e comunità";
  - un manifesto locandina per il convegno di apertura;
  - un manifesto locandina per il convegno "Benessere e comunità";
  - uno stendardo/manifesto informativo presentato al convegno annuale della Società italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), tenutosi a Catania nel 2018;
  - 500 borse con i riferimenti del progetto per i partecipanti alla formazione ;
- 2) Azioni di comunicazione e disseminazione
  - Mappatura degli stakeholders e invio informazioni via email;
  - 5 comunicati stampa;
  - post su social network;
- 3) Partecipazione a seminari e convegni:
  - Eventi previsti dal progetto:
    - o Convegno di lancio: Grosseto, 6 Luglio 2017
    - o Convegno finale: Grosseto, 29 Marzo 2018
  - Altri eventi e presentazioni pubbliche
    - Grosseto, Convegno "Benessere e comunità", 16-17 Novembre 2017 (presentazione del progetto ESCAPES nella sessione dedicata a immigrazione e salute)
    - Catania, Congresso annuale SIMM, 18-20 Aprile 2018 (presentazione di un poster sul progetto ESCAPES)
- 4) Pubblicazioni
  - Pubblicazione finale che dà conto del processo realizzato e dei risultati raggiunti
  - Articolo pubblicato negli Atti del Congresso 2018 della SIMM.

# 4. Voci dei/delle protagonisti/e

#### Educatrici di salute di comunità

«Sono Welly Marguerite Lottin, una bambina del mondo, nata in Camerun. oggi con la nazionalità italiana.

Sono arrivata a Roma negli anni'80 per motivi di studio. Ho lavorato all'ambasciata del Camerun e anche nel sindacato. Poi ho creato l'Associazione Interculturale Griot con cittadini immigrati e italiani per il dialogo e l'educazione alla convivenza. Il griot è la figura popolare africana del cantastorie, portatore di messaggi, educatore, che trasmette la cultura spostandosi di villaggio in villaggio. Il mio impegno nel mondo dell'immigrazione è stato quello di favorire la nascita di una rete di associazioni che sappiano legare le differenti comunità e culture con la società ospitante. L'apprendimento della lingua, la prevenzione alla salute, la famiglia e il lavoro sono sempre stati i miei cavalli di battaglia.

Essere una educatrice di salute di comunità per me vuol dire lavorare all'interno delle comunità, diventare ponte tra i cittadini migranti e le istituzioni preposte alla salute. Occorre prima di tutto guadagnare la fiducia e essere riconosciuti parte di tutte le comunità. Io frequento non solo le comunità del mio paese di origine e quelle africane ma di tutti i continenti. Sono curiosa di conoscere le culture diverse e di confrontarmi con loro. Questo mi ha permesso di coinvolgere le persone in un dialogo per migliorare la conoscenza della salute e della prevenzione. Lo sento come una grande responsabilità che può aiutare molti a prevenire le malattie e a usufruire dei servizi sanitari offerti.

Non si improvvisa un rapporto costruttivo con le comunità. Bisogna costruirlo nel tempo e mantenerlo vivo come ho sempre cercato di fare. Andare alle feste delle differenti comunità, aiutarle a organizzarsi, mettersi a disposizione per i rapporti con le istituzioni e per risolvere molti problemi quotidiani, a partire da permesso di soggiorno. E' questo che, per esempio, ho fatto con le donne di religione buddhista dello Sri Lanka. Le ho conosciute nel loro negozio e iniziato a parlare di spezie, di cibo che abbiamo in comune. Ho poi partecipato alle loro cerimonie, organizzato con le leader delle organizzazioni momenti di incontro culturale, come la festa dell'8 marzo. In questo modo ho potuto stabilire un rapporto personale, familiare che si manifesta nella quotidianità in tutti i campi.» (Marguerite)

«Mi chiamo Henrie Rose Loic Ndoli, sono di nazionalità camerunese e vivo in Italia da 20 anni.

Parlando di me, non riuscirei a scegliere degli aggettivi per descrivermi, ritengo di essere una tipa altruista gentile, solare, responsabile e ottimista, amo la gente che sorride, non amo la solitudine anche se a volte un po' di solitudine non guasta perché nei momenti di solitudine si è portati a riflettere. Chi mi conosce dice di me che sono una persona un po' pignola perché cerco di non lasciare mai a metà quello che faccio, sono tenace e combattiva. Mi ritengo una persona educata e nello stesso tempo sensibile, amo il bello, perciò cerco di essere perfetta in tutto quello che faccio, questo per me è un lato negativo perché non tutte le cose riescono sempre.

Prima di questo momento non ero a conoscenza della figura di ESC

Cosa è per me una Esc? Per me una Educatrice di salute di *Comunità è una persona che è caratterialmente* predisposta a mettersi a disposizione degli altri. L'ESC è una persona che si impegna con responsabilità ad informare ed orientare nella prevenzione e nell'integrazione le persone con difficoltà socio sanitarie.

Durante il mio percorso da ESC, ho avuto modo di conoscere varie persone di diversa provenienza, ognuno con la sua cultura e mentalità. Non essendo una figura affermata, l'ESC deve usare diverse strategie di approccio per conquistare

la fiducia delle persone. Con l'occasione racconto una mia esperienza: durante la distribuzione di volantini, vedendo una ragazza seduta ad un bar con il suo cagnolino mi sono avvicinata e con un buongiorno e con la scusa di fare dei complimenti al cane iniziai un discorso chiedendogli se conosceva cosa era una ESC. Lei mi rispose di no, cosi gli spiegai chi è una ESC, le diedi un volantino e cosi iniziai a parlargli della prevenzione e della sua importanza. Lei si dimostrò interessata e cominciò a pormi delle domande inerenti al volantino cosi che subentrò la fiducia e mi raccontò la sua storia. Mi disse che faceva la prostituta e mi invitava ad avere un incontro con le sue amiche perché secondo lei le ragazze che lavorano in strada non sono seguite ed informate nella giusta maniera di quali sono i rischi, le precauzioni e le prevenzioni per la loro salute.» (Rose).

«Sono sudamericana, di professione insegnate. Lavoro nel sociale da prima di finire l'università. Ho lavorato con diverse Ong in Africa e dal 2010 abito in Maremma e mi occupo di donne sopravvissute alla violenza di genere o che cercano di uscire dalla difficile situazione nella quale si trovano. Cosa vuol dire per me essere una educatrice di salute di comunità? *Vuol dire informare le donne (e le persone in generale) dei servizi sanitari* ai quali possono accedere per occuparsi, in modo *responsabile*, della loro salute. Vuol dire anche diffondere il più possibile l'opportunità di accesso ai servizi, affinché l'informazione trasmessa sia divulgata nelle comunità in modo tale che tutti coloro che ne hanno bisogno, ne possano usufruire.

Come strategie di contatto sono partita dalla rete delle mie amiche, attraverso le quali ho contattato persone arrivate da poco in Italia. Altre vivono in Maremma ma non erano a conoscenza dei servizi sanitari ai quali possono accedere in modo gratuito. Ho inoltre contattato spazi di sostegno della Caritas per avvicinare fruitori/trici di questa organizzazione, i quali, il più delle volte, ignoravano i servizi sanitari che presta il Consultorio nella nostra zona.» (Carmen)

«Sono Luis Càrdenas nato il 06-12-1966 a Lima in Perù. Sono in Italia dal 1999 e abito a Firenze con la mia moglie e tre figli. Lavoro come consulente assicurativo e finanziario. Sono presidente della Associazione Culturale Viva el Perù di Firenze, che si occupa a diffondere la cultura peruviana attraverso danza, canto e gastronomia. Io mi occupo anche di diffondere informazione sul uso e abuso di alcol nella mia comunità.

Essere un educatore di salute di comunità è una opportunità che mi permette di aiutare a miei connazionali e non solo ad avvicinarsi al servizio sanitario nazionale, fornendo informazione sull'importanza della prevenzione. Per coinvolgere le persone ho utilizzato i canali dell'associazione, i punti di ritrovo (piazza ,riunione...) e il social network.» (Luis).

#### Animatrice territoriale

«Il mio ruolo all'interno del progetto è stato quello dell'animatrice che si è sviluppato nel territorio di Arezzo e Firenze facilitando la collaborazione tra operatori sanitari e educatori di salute di comunità, il coordinamento delle attività sul territorio (con le ESC di Arezzo abbiamo deciso di raggiungere tutte le vallate della realtà aretina facendo riferimento alla comunità di appartenenza delle Educatrici di salute di comunità, composte da quella bangladese, marocchina e del Burkina Faso quindi eterogenee rispetto al gruppo di Firenze. A Firenze ci siamo concentrati maggiormente sullo stilare dettagliatamente la programmazione di due eventi a maggior afflusso di connazionali peruviani), organizzazione e creazione dei materiali necessari alla promozione della salute femminile, rafforzare la conoscenza e la formazione teorica degli ESC in tema di salute della donna andando a colmare così le lacune che si erano presentate e le richieste di chiarimento durante le riunioni del progetto, l'animatrice deve inoltre motivare i "propri" ESC rendendoli capaci di acquisire sicurezza in un argomento che non è la personale formazione di base ma devono sentirsi e essere indipendenti nell'informare e formare le persone della propria comunità riguardo la salute della donna e della coppia, prevenire gravidanze indesiderate grazie all'utilizzo di metodi anticoncezionali, motivare gli uomini nell'aiuto alla donna per una scelta consapevole (programmare insieme una gravidanza responsabile), prevenire l'utilizzo dell'alcool da parte della comunità (in particolare quella peruviana) ritenuto un problema correlato all'IVG a volte ripetuta, sfatare i miti riguardo i metodi di contraccezione, preservare la propria salute attraverso la prevenzione del cancro alla cervice uterina grazie allo screening (pap- test). L'animatrice è ritenuta dagli Educatori di Salute di Comunità un punto di riferimento alla quale rivolgersi per chiarimenti relativi alle attività di promozione della salute, per difficoltà che possono andare dal prendere contatti con gli operatori sanitari alla giusta metodologia per far arrivare alle persone che ascoltano un messaggio chiaro ed efficace, alla compilazione delle schede di valutazione ecc... L'animatrice, come sostenuto dagli

Educatori di Salute di Comunità del territorio aretino e fiorentino, è necessaria vista la numerosa presenza di eventi e visto il bisogno di un coordinamento degli ESC (suddivisioni di compiti, preparazione e organizzazione del materiale, suddivisione di ruoli in vista degli interventi di promozione della salute).

In futuro l'animatrice deve cercare di ampliare i contatti con il territorio fiorentino in modo da organizzare eventi di promozione della salute in tutti i consultori e Case della Salute, attivare anticipatamente gli operatori sanitari del territorio, evitare gli eventi informali nelle abitazioni delle ESC le quali si sono sentite in difficoltà visto il numero alto dei figli delle donne della comunità bangladese e marocchina.



Un aspetto negativo del progetto è stato sicuramente la durata, con una tempistica così breve si è rivelato fine a sé stesso, è un progetto che a parer mio si è distratto dall'outcome principale cioè l'effetto che andrà ad influenzare il cambiamento sociale nelle persone che fanno parte della comunità presa in analisi. Nel progetto ESCAPES è strettamente necessaria una durata più lunga non solo per andare a "coprire" il maggior numero di beneficiari ma soprattutto per vedere i risultati raggiunti grazie agli incontri informativi e formativi sul tema attraverso un monitoraggio attento (p.e. monitorare il numero di donne che, dopo aver partecipato ad un evento informativo su paptest e HPV, poi si sono recate al consultorio oppure in una prospettiva più ampia, quante donne dopo tre anni si sono recate di nuovo a fare il pap-test). Altro aspetto negativo è la scelta dei portatori di interesse, in particolare una selezione più attenta per quanto riguarda gli operatori sanitari (andare a valutare l'interesse e l'influenza che il portatore di interesse avrà nel progetto) del Presidio Ospedaliero Palagi (Firenze). Ultimo aspetto negativo che mi sento di esprimere è la selezione degli Educatori di Salute di Comunità, altro indicatore da aggiungere oltre a: la capacità di relazionarsi con gli altri, l'ampia rete sociale personale, il saper cogliere sia gli aspetti negativi che positivi di un intervento informativo (essere autocritico/a), il saper adattarsi alla situazione; è assolutamente lo studio e di conseguenza la conoscenza di nozioni sanitarie riguardanti il focus di salute affrontato durante le ore di formazione quindi propongo, oltre al colloquio, un test di valutazione per selezionare chi è in grado o meno di affrontare un evento di informazione in termini di contenuti. A questo proposito le ESC e l'ESC per gli eventi a maggior affluenza di connazionali, sono stati quasi sempre affiancati da un operatore sanitario oppure supervisionati dall'animatrice, ma durante gli incontri one to one le/l' ESC sono sole/i, dare informazioni sbagliate di salute è grave: va a danneggiare la comunità e l'ESC sul piano della fiducia da parte dei suoi connazionali. A questo proposito inoltre è stato richiesto dalle/dall'ESC un maggior numero di ore di formazione sul tema.

Per quanto riguarda gli aspetti positivi, riprendo l'ultima nota negativa dicendo che alcune ESC si sono rivelate indipendenti in termini di conoscenza del tema, nell'organizzazione e nel condurre l'evento informativo per la comunità, questo ha riempito di orgoglio e soddisfazione le ESC e soprattutto anche la sottoscritta. Altro aspetto importante è stata la reazione positiva dei beneficiari, le quali hanno richiesto a gran voce altri eventi informativi, quindi gli eventi di promozione della salute si sono rivelati efficienti inoltre i risultati sono stati favoriti dal passaparola tra persone. Ho ritenuto fondamentale la figura maschile all'interno del gruppo delle ESC (in questo caso Firenze) e ritengo sia strettamente necessaria in futuro anche nelle altre zone destinate al progetto perché alimenta l'interesse da parte dell'uomo nella gravidanza, nella contraccezione e nella prevenzione di patologie virali dannose per la componente ginecologica femminile quindi portare un cambiamento nell'idea che l'essere donna è un attributo e non una trave che da sola cerca di sollevare tutto il peso delle responsabilità, deve essere risaltata la coppia come entità unica che affronta sia i problemi che le gioie di una gravidanza e della vita sessuale in generale.

Nel complesso dall'analisi dei questionari di gradimento degli eventi, i partecipanti alla promozione della salute sia nell'area fiorentina che aretina si sono rivelati soddisfatti esprimendo che il tema dell'evento è stato espresso in modo chiaro ed è stato utile. La figura dell'Educatore di Salute di Comunità non solo è importante ma è necessaria; attraverso la propria rete sociale e la preparazione teorica sul tema dà l'opportunità a tutti gli appartenenti alla comunità di essere informati e formati sulla propria salute, l'ESC rappresenta il diritto e il dovere di conoscere e conoscersi in termini di salute, rappresenta colei o colui che avvicina la comunità ai servizi socio sanitari e viceversa. Nella maggior parte delle volte i messaggi di prevenzione non arrivano alle comunità straniere oppure vengono male

interpretati, l'ESC fa sì che non ci siano ostacoli nel recepire i messaggi e fa sì che vengano letti in modo corretto. L'Educatore di Salute di Comunità rappresenta in poche parole la "Salute per Tutti".» (Chiara).

# Operatori sanitari

«Sono la dott.ssa Loredana Masi, Medico Specialista in Ostetrica e Ginecologia, coordino i Consultori della ASL Rm5. Da molti anni mi occupo di Salute dei Migranti, sono stata membro del Gruppo Salute e Immigrazione della Regione Lazio e partecipo al GrIS Lazio come referente dell'azienda. Segnalo come difficoltà osservate nell'accesso ai servizi delle comunità migranti: complessità del servizio sanitario; poca conoscenza dei servizi; poca conoscenza delle iniziative del territorio; difficoltà nel raggiungere i presidi; difficoltà nella comprensione della lingua.

Le ESC costituiscono una sorta di applicazione della *peer education*. Questa metodica, validata anche nelle scuole del nostro territorio, risulta essere molto efficace e ben accetta. Consente infatti di veicolare informazioni, intercettare bisogni e promuovere cambiamenti nei gruppi interessati.

L'esperienza effettuata nei Consultori della ASL Rm5 è stata molto buona. Le operatrici si sono dimostrate molto disponibili, attente e profondamente motivate. Sarebbe necessario un tempo maggiore di collaborazione per strutturare meglio gli interventi dopo una più accurata conoscenza dei territori.» (Loredana Masi)



# Per non concludere

Stefania Magi (Referente per la Salute dei Migranti della Azienda USL Toscana Sud Est)

La scienza medica e la cultura della prevenzione hanno portato a risultati straordinari nei paesi occidentali, come dimostrano l'abbassamento estremo della mortalità infantile ed il forte aumento della aspettativa di vita. Dare per scontato che tutte le persone abbiano questa consapevolezza, ed automaticamente aderiscano ai programmi di prevenzione, è un errore. Le persone si sottopongono alla prevenzione (es. controlli ed esami in gravidanza, screening oncologici, vaccini) e talora cambiano le proprie abitudini a vantaggio della salute perché sono informate e perché hanno fiducia: nel proprio medico, nella propria amica, nell'ospedale.

Le persone che vengono da altri Paesi, quando conoscono poco l'italiano ed i servizi del territorio, si fidano soprattutto dei loro connazionali già ben integrati. Se i connazionali conoscono i formidabili risultati di salute dei nostri programmi, li hanno sperimentati e sanno come accedervi, questo significa che abbiamo trovato la chiave giusta per estendere realmente il progresso della medicina a tutti i cittadini.

Abbiamo cominciato nel progetto ESCAPES con la salute delle mamme e dei nascituri. Vogliamo proseguire in questa direzione e promuovere la diffusione di sani comportamenti alimentari ed igienici per prevenire e per trattare in modo adeguato il diabete, le malattie dei denti e le malattie infettive.

Crediamo che costruire fiducia tra comunità straniere e servizi pubblici abbia ricadute sul benessere della nostra società che vanno oltre i singoli temi di salute.

E' nostro progetto inserire in modo continuativo l'attività di mediazione di comunità nel Servizio di mediazione linguistico-culturale in tutte le province della nostra Azienda, adattandolo alle specifiche nazionalità e bisogni di salute dei diversi territori.

