

La comunicazione con le donne immigrate



*Debora Canuti
Reggio Emilia, 16 ottobre 2006*

Obiettivo delle normative 286/1998

(“Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero”),

394/1999 e successivi DLgs è di includere a pieno titolo gli immigrati in condizioni di regolarità giuridica nel sistema dei diritti e dei doveri per quanto attiene alla assistenza sanitaria a parità di condizioni e pari opportunità con il cittadino italiano.



Tale diritto è stato esteso anche a coloro che sono presenti in Italia in condizioni di irregolarità giuridica e clandestina, garantendo loro oltre alle cure urgenti ed essenziali, continuative ed i programmi di medicina preventiva.



Direttiva n.22286 del 14/06/2005 dell'Assessorato alle politiche per la salute della Regione Emilia - Romagna ad oggetto:

Interventi per favorire la partecipazione ai programmi di screening oncologici

Invitare tutte le persone assistite residenti e domiciliate
Particolare attenzione nel garantire l'accesso ai programmi di sanità pubblica alla popolazione immigrata domiciliata.



I dati forniti dal ministero dell'interno, INPS e Inail, indicano circa

2.6 milioni di extracomunitari “regolarizzati”, pari al 4% della popolazione generale italiana.

In Emilia - Romagna: 6,9% della popolazione generale (circa 285.000)

Una quota oscillante tra il 20 e il 30% degli stranieri è irregolare, non iscrivibile al Servizio Sanitario



Le cittadine straniere presenti in Emilia - Romagna, a prescindere dal possesso del permesso di soggiorno, possono rivolgersi ai **consultori familiari** e agli **spazi per le donne immigrate e i loro bambini**.

I servizi per le cittadine straniere riguardano: gravidanza, IVG, menopausa, contraccezione, sterilità, infertilità.

Per i bambini: visite, vaccinazioni, controllo per tubercolosi e le altre malattie infettive.



Il servizio di mediazione interculturale

Il servizio sanitario regionale promuove la presenza di operatori dedicati alla “mediazione interculturale” all’interno delle strutture sanitarie, al fine di facilitare l’accesso e la relazione con gli operatori.

Con la legge regionale n.5 del 24/3/2004 (“Norme per l’integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati”), la presenza dei mediatori interculturali viene sostenuta in tutta la regione.



La figura professionale del mediatore culturale può contribuire ai processi di integrazione dei cittadini stranieri, sia facilitando in loro un senso di appartenenza, sia contribuendo alla crescita professionale degli operatori sanitari che si occupano di stranieri



Non si tratta di semplici traduttori o interpreti: sono portatori di cultura in quanto nativi di un determinato paese, ma hanno poi elaborato un rapporto con la cultura di appartenenza e con quella attuale, divenendo così un ponte:

- tra i bisogni dei migranti e le risposte dei servizi pubblici
- tra le aspettative, i vissuti, i rituali dell'operatore sanitario e del paziente.

I mediatori culturali operano nel rispetto del segreto professionale e dell'equidistanza tra istituzioni e utente.



Per avere informazioni sui servizi in Emilia - Romagna per gli stranieri è possibile telefonare al numero verde gratuito del Servizio sanitario regionale 800 033033
tutti i giorni feriali dalle ore 8.30 alle ore 17.30 e il sabato dalle ore 8.30 alle ore 13.30

Gli immigrati e la loro salute

Oltre alle condizioni che minacciano la salute di tutti i soggetti deboli, gli immigrati sono esposti a fattori peculiari.

Il patrimonio di salute della prima generazione, prevalentemente composta da giovani adulti sani, rischia di depauperarsi rapidamente.

Principali fattori di rischio per la salute dell'immigrato.*

- disoccupazione o precarietà occupazionale
- inadeguatezza alloggiativa, sovraffollamento, carenze igieniche
- lontananza dagli affetti, mancanza di supporto psicoaffettivo
- sradicamento culturale, diversità di costumi e valori
- alimentazione insufficiente e/o sbilanciata
- diversità climatiche
- difficoltà comunicative e di inserimento sociale
- fallimento o minaccia di fallimento del progetto migratorio
- discriminazione nell'accesso e/o nell'utilizzo dei servizi sociosanitari

* Geddes M, Berlinguer G (a cura di). La salute in Italia - Rapporto 1997, Ediesse, Roma, 2000



PUNTI CRITICI:

1. Diversi valori derivanti da religione e cultura d'appartenenza
2. Difficoltà di rapportarsi al nostro sistema sanitario
3. Problemi legati allo screening: scarsa conoscenza, diversi valori



1. Diversi valori

La **diversità culturale** può rappresentare un ostacolo rilevante nell'instaurarsi di una reale comunicazione tra utente e servizio sanitario e non solo per le scontate difficoltà di comprensione ma anche per le esigenze o le modalità di porsi che vengono espresse.

La scarsa mentalità della prevenzione che si ha nel paese d'origine, perché non è mai stata proposta, è mantenuta nel paese in cui si migra.

**PROBLEMI DI SALUTE SOTTOVALUTATI O
IGNORATI (ALTRI PROBLEMI !!!)**

2. Rapporto con le strutture sanitarie:

Difficoltà nel rapportarsi con un sistema sanitario differente da quello del paese di origine (per es. incomprendimento del periodo di validità del libretto sanitario e necessario rinnovo anche senza episodi di malattie)

Problemi nel reperire informazioni adeguate per raggiungere fisicamente le strutture (**orari e percorsi di autobus**)

Difficoltà di accettazione del decentramento delle strutture e dei percorsi burocratici.



3. Problemi legati allo screening

La proposta di screening alle popolazioni “nuove” recupera necessità fondamentali, ad altri non più necessarie forse:

fare intendere, sensibilizzare, vincere il timore

Concetti che appartengono alla fase di avvio degli screening, al tempo in cui entrava nel panorama sanitario una nuova proposta.



Impatto con lo screening:

Cos'è un programma di screening? A chi è rivolto? Come accedervi?

Campagna informativa: linguaggio, tipo di messaggio.

Accessibilità delle informazioni: come raggiungono le utenti, come sono interpretate (attrito con i valori personali, culturali e religiosi di appartenenza)

- 
- Diversa autonomia decisionale
 - Credenze etico-religiose
 - Diversa disponibilità stagionale e quotidiana
 - Condizione paradossa: invito individuale a donne con forte connotazione della collettività di appartenenza.

Che fare?

Stretta **collaborazione con mediatori culturali**:
possibilmente attrezzare spazi e tempi dedicati
con mediatori culturali in almeno un consultorio
cittadino, collocati in centri con altre strutture
preventive, già frequentate dalle donne straniere.



Le donne immigrate, regolari e non, si recano nelle strutture del nostro SSN per:

Gravidanza e parto;

IVG

MTS

L'esecuzione del Pap test è sempre possibile, anche in gravidanza (*Lieberman, 1999*).

Nei Paesi del Terzo Mondo eseguire un solo Pap test tra i 35 e i 45 anni diminuirebbe l'incidenza e la mortalità per cervicocarcinoma del 30% (*Saraya, 2000*)



Nelle suddette occasioni di rapporto delle donne immigrate con il SSN, il personale sanitario potrebbe quindi offrire la possibilità di eseguire un Pap test, in particolare a:

- immigrate regolari e non aderenti alla chiamata di screening;
- immigrate non regolari (STP)

Che fare?

Opuscolo informativo tradotto nelle lingue delle 10 etnie maggiormente presenti in **Emilia - Romagna**.

Proposta ONS per la costruzione di **materiale informativo** omogeneo sugli screening oncologici in più lingue e su più supporti.

Che fare?

Incontri con le donne immigrate nei luoghi di loro maggiore aggregazione:

- moschee, chiese,
- file per i permessi di soggiorno,
- partenze di pullman per gli stranieri dell'est Europa

(affissione anche di poster, distribuzione di volantini)

Che fare?

Istituire un numero di telefono apposito (con centralino e mediatori in lingua), collegato al call center dello screening, organizzato per le donne immigrate.

Che fare?

Addestrare tutte le ostetriche a relazionarsi e a eseguire il pap test alle donne immigrate:

corsi di aggiornamento su abitudini sociali, religiose e culturali di altre etnie, su patologie non abituali in Italia, etc.

antropologia dell'accoglienza



Spesso gli operatori hanno difficoltà, se privi di strumenti formativi ed informativi, a comprendere i bisogni effettivi degli immigrati e dare risposte adeguate e congrue.

In questo è fondamentale la **collaborazione con cittadini immigrati già integrati** nel tessuto sociale e debitamente **formati e preparati** a loro volta.

**COSTITUIRE UN GRUPPO DI LAVORO
MULTIDISCIPLINARE**



E' un lusso investire risorse nella comunicazione alle donne immigrate, trattandosi di popolazioni ancora minime, di individui con ben altre priorità.

Adottare strategie comunicative differenziate implica un investimento di risorse che fa apparire **insufficienti i risultati ottenibili nel breve periodo.**

E' dunque necessario recuperare risorse diverse e **condividere lo sforzo** con chi, per competenza specifica, serietà di metodo e conoscenza degli strumenti, può effettivamente affiancare l'istituzione sanitaria.



Come dare reciprocità al flusso comunicativo?
(ancora più importante nelle nuove popolazioni)

E' più facile concentrare l'attenzione sui contenuti e gli strumenti a nostra disposizione.

Più difficile captare quel che ci ritorna.

Il rischio di autoreferenzialità è alto.

La **modalità più efficace** da adottare **poggia sugli operatori**: allenare coloro che con l'utenza hanno contatto diretto a **un'azione di ascolto e di scambio**, che, unica può dare una connotazione bidirezionale al nostro sforzo comunicativo.



Fondamentale è il grado di **adesione** all'insieme di credenze, norme e valori che costituiscono l'universo culturale del paziente.

E' indispensabile, quindi, che l'operatore sanitario abbia una **conoscenza minima del repertorio culturale** di chi gli sta di fronte e sappia giudicare il **grado di attaccamento alle tradizioni** del paziente stesso.



Per es. vi sono “**culture ad alto contatto**” in cui le relazioni tra le persone sono improntate a rapporti in cui sono inclusi il contatto fisico e visivo vivacità vocale e gestuale, minore distanza interpersonale (Sud America, Europa del Sud e dell’Est)

e “**culture a basso contatto**” caratterizzate da distanza e minore coinvolgimento nell’interazione (Asia, Nord America e Nord Europa)



La Regione Emilia - Romagna organizza da tempo corsi di comunicazione negli screening per gli operatori.

Tra gli scopi principali:

l'educazione all'ascolto, l'affinamento della sensibilità alle esigenze dell'utenza

Primavera 2007

corso di formazione relazionale con particolare attenzione ai “nuovi soggetti della comunicazione negli screening”



COMUNICARE
E' STABILIRE UNA RELAZIONE
Comunicare significa etimologicamente
“mettere in comune”

NON SI PUO' FARE BENE PENSANDO DI
NON FARSI COINVOLGERE.

*Integrazione
anche nella prevenzione*

